

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS- UNASUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MODALIDADE A DISTÂNCIA  
TURMA 4**



**MELHORIA DAS AÇÕES DE DETECÇÃO PRECOCE DOS CÂNCERES DE COLO  
DE ÚTERO E DE MAMA NA ESF SEDE I EM QUIXABEIRA/BA.**

**CARLA NAIARA AMORIM VIEIRA**

**Pelotas/RS**

**2014**

**CARLA NAIARA AMORIM VIEIRA**

**MELHORIA DAS AÇÕES DE DETECÇÃO PRECOCE DOS CÂNCERES DE COLO  
DE ÚTERO E DE MAMA NA ESF SEDE I EM QUIXABEIRA/BA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância – UFPEL/UNASUS, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

**Orientadora: Elenir Terezinha Rizzetti Anversa**

**Pelotas/RS**

**2014**

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

V657m Vieira, Carla Naiara Amorim

Melhoria das ações de detecção precoce dos cânceres de colo de útero e de mama na ESF sede I em Quixabeira/BA. / Carla Naiara Amorim Vieira; Elenir Terezinha Rizzetti Anversa, orientadora. — Pelotas, 2014.

71 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde da mulher. 4. Neoplasias do colo uterino. 5. Neoplasias mamárias. I. Anversa, Elenir Terezinha Rizzetti, orient. II. Título.

CDD : 362.14

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos meus pais, meus irmãos, meu noivo e a todos os usuários da comunidade que trabalhava, em especial às mulheres que participaram do projeto de intervenção.

A todos da equipe de saúde da família.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, pela Vida e pela sua constante presença, guiando sempre os nossos caminhos;

À minha família, aos meus pais, meus irmãos, e meu noivo, pelo amor, e incentivo para seguir adiante;

À minha primeira orientadora Rejane Maria pelo amor, carinho, dedicação e paciência em todos os momentos;

À Elenir, minha segunda orientadora, pelo amor e dedicação, sempre me dando força e coragem para seguir em frente, principalmente por estar presente nos momentos mais difíceis, e pelos ensinamentos passados. Muito obrigada;

À equipe de trabalho, que teve disponibilidade para colaborar com o meu projeto.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Gráfico da proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de colo de útero, ESF Sede I, Quixabeira, BA, 2014.....	44
Figura 2	Gráfico da proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de mama, ESF Sede I, Quixabeira, BA, 2014.....	45
Figura 3	Gráfico da proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com citopatológico alterado, ESF Sede I, Quixabeira, BA, 2014 .....	47
Figura 4	Gráfico da proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com mamografia alterada, ESF Sede I, Quixabeira, BA, 2014.....	48
Figura 5	Gráfico da proporção de mulheres que tiveram exame alterado do citopatológico do colo do útero e que não retornaram à unidade de saúde, ESF Sede I, Quixabeira, BA, 2014.....	49
Figura 6	Gráfico da proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico do colo do útero, ESF Sede I, Quixabeira, BA, 2014.....	50
Figura 7	Gráfico da proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo do útero, ESF Sede I, Quixabeira,BA. 2014.....	51
Figura 8	Gráfico da proporção de mulheres com registro adequado do exame de mamografia, ESF Sede I, Quixabeira-BA, 2014 .....	52
Figura 9	Gráfico da proporção de mulheres orientadas sobre DST, ESF Sede I, Quixabeira,Ba, 2014.....	53

Figura 10	Gráfico da proporção de mulheres orientadas quanto aos fatores de riscos para câncer de colo de útero, ESF Sede I, Quixabeira,BA, 2014.....	55
Figura 11	Gráfico da proporção de mulheres orientadas quanto aos fatores de riscos para câncer de mama,ESF Sede I, Quixabeira,BA. 2014.....	55
Figura 12	Gráfico da proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero, ESF Sede I, Quixabeira,BA. 2014.....	56
Figura 13	Gráfico da proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de mama, ESF Sede I, Quixabeira,BA. 2014.....	57

## **LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS**

ACD – Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ASB - Auxiliar de Saúde Bucal

BA - Bahia

CA – Câncer

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CLS - conselho local de saúde

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ESF - Estratégia de Saúde da Família

EAD – Ensino a Distância

HGT - Hemogluco teste

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PA – Pressão Arterial

PE - Pernambuco

PSE - Programa Saúde do Escolar

RN – Recém-Nascido

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS: Sistema Único de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

UBS - Unidade Básica de Saúde

USG – Ultrassonografia



## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>12</b>
1 ANÁLISE SITUACIONAL .....	13
1.1 TEXTO INICIAL SOBRE A SITUAÇÃO DE ESF/APS .....	13
1.2 RELATÓRIO DA ANÁLISE SITUACIONAL .....	15
1.3 COMENTÁRIO COMPARATIVO SOBRE TEXTO INICIAL E RELATÓRIO ANÁLISE SITUACIONAL .....	24
<b>2 ANÁLISE ESTRATÉGICA - PROJETO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>26</b>
2.1 JUSTIFICATIVA .....	26
2.2 OBJETIVOS E METAS .....	28
2.2.1 Objetivo Geral .....	28
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	28
2.2.3 Metas .....	28
2.3 METODOLOGIA .....	30
2.3.1 Ações incluindo detalhamento .....	30
2.3.2 Indicadores .....	31
2.3.3. Logística .....	34
2.3.4 Cronograma .....	36
<b>3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO .....</b>	<b>39</b>
3.1 AÇÕES PREVISTAS NO PROJETO QUE FORAM DESENVOLVIDAS EXAMINANDO FACILIDADE E DIFICULDADES .....	39
3.2. AS AÇÕES PREVISTAS NO PROJETO QUE NÃO FORAM DESENVOLVIDAS, DESCREVENDO O MOTIVO PELOS QUAIS ESTAS AÇÕES NÃO PUDERAM SER REALIZADAS .....	41
3.3 DIFICULDADES ENCONTRADAS NA COLETA E SISTEMATIZAÇÃO DE DADOS RELATIVOS À INTERVENÇÃO, FECHAMENTO DAS PLANILHAS DE COLETAS DE DADOS E CÁLCULO DOS INDICADORES.....	41

3.4 ANÁLISE DA VIABILIDADE DA INCORPORAÇÃO DAS AÇÕES PREVISTAS NO PROJETO À ROTINA DO SERVIÇO, DESCREVENDO ASPECTOS QUE SERÃO ADEQUADOS OU MELHORADOS PARA QUE ISTO OCORRA.....	42
<b>4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO .....</b>	<b>43</b>
4.1 RESULTADOS .....	43
4.2 DISCUSSÕES .....	56
4.3 RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO PARA OS GESTORES .....	58
4.4 RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO PARA A COMUNIDADE .....	60
<b>5 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO DE APRENDIZAGEM .....</b>	<b>62</b>
<b>6 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXOS.....</b>	
<b>APÊNDICES.....</b>	

## RESUMO

VIEIRA, Carla Naiara Amorim. ANVERSA, Elenir Terezinha Rizzetti. Melhoria das ações de detecção precoce dos cânceres de colo de útero e de mama na ESF Sede I, Quixabeira/BA. 2014. 75 folhas. Trabalho Acadêmico (Especialização)- Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas.

Nos últimos anos houve um aumento nas taxas de incidência e mortalidade relacionada aos cânceres de mama e do colo do útero, sendo que no ano de 2008 ocorreram 1.384.155 casos novos do primeiro tipo em todo o mundo, e cerca de 530 mil casos novos do último, o que torna o CA de mama o tipo mais comum entre as mulheres. O município de Quixabeira, BA presta uma assistência qualificada na atenção a este público, pois são realizados por todas as unidades pelas enfermeiras, o exame do Papanicolau e sensibilização da comunidade com palestras na igreja e nas ESF's sobre a ação programática na saúde da mulher, porém esta atenção ainda possui algumas dificuldades quanto a baixa adesão por parte das mulheres para a realização dos exames por causa de inúmeros fatores. Assim, para melhorar a atenção na prevenção aos cânceres nas mulheres na faixa etária alvo da Estratégia Saúde da Família, Sede, Quixabeira, BA, no período de 20 de Setembro de 2013 a 23 de Janeiro de 2014, foi realizada intervenção, após a análise situacional do território e detectadas as fragilidades que poderiam ser melhoradas. A mesma foi alicerçada em quatro eixos: avaliação e monitoramento, engajamento público, organização e gestão do serviço, e qualificação da prática clínica para o alcance das metas propostas. A atenção à prevenção aos cânceres de mama e de colo de útero durante aos quatros meses de intervenção, através da metodologia utilizada, demonstrou ser uma prática e eficaz. A cobertura de detecção precoce de câncer de colo do útero foi ampliada de 50% passou para 82,7%, mais da metade das mulheres realizaram o exame do Papanicolau (612) e a grande maioria delas realizaram a prevenção do câncer de mama com a realização dos exames de mamografia 89,5%. Foi melhorada a qualidade do atendimento das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero na UBS obtendo 100% das coletas com amostras satisfatórias, sendo orientadas 100% das mulheres cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama, e avaliadas 100% destas quanto aos riscos e/ou pesquisa quanto aos sinais de alerta para identificação de câncer de colo de útero e de mama. Os resultados obtidos foram conseguidos com o engajamento da equipe e através das ações de educação em saúde às mulheres na faixa etária de 25 a 69 anos. Estes demonstram a melhoria da atenção da qualidade na atenção à prevenção aos cânceres de colo de útero e de mama nas usuárias. Todavia, o engajamento público e a educação em saúde devem ser fortalecidos.

**Palavras-chave:** Câncer do colo de útero e de mama. Saúde da mulher. Saúde da Família

## **ABSTRACT**

VIEIRA, Carla Amorim Naiara. ANVERSA, Elenir Therese Rizzetti. Improving early detection of cancers actions cervical and breast in ESF Headquarters I Quixabeira / BA . 2014. 75folhas. Academic Work (Specialization) - Graduate Program in Family Health. Federal University of Pelotas.

In recent years there has been an increase in the incidence and related mortality for cancers of the breast and cervix, and in the year 2008 1.384.155 new cases of the first type occurred worldwide, and about 530,000 new cases the latter, which makes the breast CA the most common type among women (BRAZIL, 2013). The municipality of Quixabeira, BA pays attention to quality care in this audience, they are realized by all units by nurses, examination of Pap and community outreach lectures in church and on the ESF's programmatic action on health woman, but this attention still has some difficulties as poor adherence by women for the exams because of numerous factors. Thus, to improve care in preventing cancers in women in the target age range of the Family Health Strategy, Headquarters, Quixabeira, BA, in the period from 20 September 2013 to 23 January 2014, intervention was performed after analysis situational planning and identified weaknesses that could be improved. The same was founded on four pillars: assessment and monitoring, public engagement, organization and management of the service, and qualification of clinical practice to achieve the proposed goals. The attention to the prevention of breast and cervical during the four months of intervention, through the methodology used proved to be a practical and effective. Coverage of early detection of cervical cancer increased from 50% to 82.7% spent more than half of the women were examined Pap (612) and most of them performed the prevention of breast cancer with the realization of mammography 89.5%. The quality of care of women undergoing early detection of cervical cancer in UBS getting 100% of the collected samples were satisfactory with improved and targeted 100% of the enrolled women about sexually transmitted diseases (STDs) and risk factors for cancer cervical and breast cancer, and evaluated as 100% of these risks and / or research about the warning signs for identification of cervical cancer and mama. Os results were achieved with the engagement team and through the actions health education to women in the age group 25-69 years. These demonstrate the improvement of health care quality in the attention to preventing cancers of the cervix and breast in users. However, public engagement and health education should be strengthened.

Keywords: Cancer of the cervix and breast. Women'shealth. Family Health

## **APRESENTAÇÃO**

Este é o produto final do Curso de Especialização Saúde da Família EAD, intitulado “Atenção à prevenção ao câncer de colo de útero e de mama na Estratégia Saúde da Família – Sede I de Quixabeira/BA”, sendo o público alvo as mulheres do município de 25 a 69 anos apresentado à Universidade Federal de Pelotas. O trabalho é organizado na ordem que segue:

1-Análise situacional. Relata a avaliação da unidade básica de saúde, através da estrutura, processo e resultados do serviço de saúde oferecido e de seu contexto local.

2-Análise estratégica. Realizado o projeto para intervenção e melhoria das ações na unidade básica de saúde.

3- Relatório de intervenção. Demonstra as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e finaliza com, análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

4- Avaliação da intervenção. Descreve análise e discussão de seus resultados além do relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade.

5-Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem. É apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

## **1 ANÁLISE SITUACIONAL**

### **1.1 TEXTO INICIAL SOBRE A SITUAÇÃO DE ESF/APS**

A Estratégia de Saúde da Família Sede I está localizada na maior parte na zona urbana, na Rua Padre Alfredo Hasller, próximo a prefeitura municipal, e na zona rural, situado no povoado de Várzea do Canto que é extensão da ESF. A unidade da sede é mista situada no mesmo local que a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e seus setores, a Central de Regulação e Marcação de Exames as quais ficam no fundo; um Pronto Atendimento de pequeno porte para prestar primeiros socorros, pois não tem hospital; e a ESF Sede II que fica ao lado. Considerada como um Centro de Saúde onde são atendidos diversas especialidades como ginecologista, pediatra, psiquiatra e nutricionista.

Com relação à infraestrutura do Centro de Saúde/ESF Sede I, podemos citar que, a mesma está montada em um prédio reformado há 5 meses na sede, não apresentando instalações e divisões modernas, e uma unidade de extensão no povoado de Várzea do Canto. Na USF da sede possui: duas recepções com estrutura não adequada; três consultórios clínicos com materiais permanentes suficientes para realização do trabalho; dois consultórios de enfermagem; uma sala de medicação para as três unidades; uma de nebulização; uma de triagem e curativo; uma central de esterilização de materiais; uma para o SISVAN; 01 para teste do pezinho; 01 sala de vacinação (lembrando temos apenas 01 sala de vacina para todo o município e o teste do pezinho também só é realizado na minha unidade); 01 farmácia básica; 01 sala de estoque de medicação; 01 consultório do odontólogo; 03 sanitários; fora os espaços físicos da secretaria de saúde e órgãos. No posto do povoado da zona rural, a unidade é pequena apresenta dois consultórios médicos, uma recepção ampla, uma sala de medicação e 01 sanitário.

Em se tratando dos insumos, equipamentos e materiais, os que faltam na unidade são: mais um foco, pois três profissionais utilizam para realizar o preventivo, assim é revezado e utilizado em dias diferentes; computador específico com impressora; alguns medicamentos básicos e principalmente os do HIPERDIA; um carro para realizar as visitas domiciliares e transporte para extensão da ESF; 01 negatoscópio e 01 novo otoscópio; balança para realizar o Acompanhamento do

Crescimento e Desenvolvimento (ACD) e fita de medição; faltam armários para medicação e para os prontuários, uma maca, uma mesa e cadeiras.

O município de Quixabeira tem 9.554 habitantes, com população metade zona rural e metade na área urbana. A ESF Sede I tem cadastrada mais ou menos 3.600 pessoas no momento, destas mais ou menos 3.100 pessoas fazem parte da sede e 500 da zona rural (povoados e fazendas). A extensão na zona rural situa-se no povoado onde os profissionais atendem uma vez na semana, na qual se encontra a área descoberta pela ACS, pois a mesma está afastada por problemas de saúde, e não tem outro para substituí-la. Sobre o perfil sociodemográfico podemos observar a predominância de muitos adultos jovens (20 a 39 anos): 1242 pessoas; 96 diabéticos; 372 hipertensos e 26 gestantes (IBGE, 2014).

A Estratégia é composta por uma enfermeira, não tem médico no momento, um odontólogo, uma ACD, sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS), duas recepcionistas, três técnicos de enfermagem da vacinação e uma nos procedimentos e triagem, entre outros das unidades atreladas, três agentes de limpeza, uma pessoa na farmácia.

O horário de funcionamento da ESF é das 8 às 17 horas de segunda à sexta-feira. Todos os funcionários cumprem a carga horária de 40hrs semanais, sendo que os de nível superior têm uma folga semanal e 15 dias de recesso anualmente, o profissional de nível intermediário dispõe trinta dias no ano. As consultas de enfermagem são agendadas por programa: Hiperdia, Pré-Natal, Puericultura, exame do citopatológico uterino, Planejamento Familiar, visitas domiciliares aos acamados e às puérperas, Programa de saúde na Escola, assistência a imunizações; e por demanda espontânea. O médico atende somente por demanda espontânea, emergências e os encaminhamentos. O odontólogo atende por marcação dos ACS da unidade e emergências, não tem atendimentos separados por grupos específicos.

As atividades educativas são realizadas pela enfermeira como, sala de espera sobre temas antes das consultas, grupo de gestantes, capacitação com os ACS e com os téc. de enfermagem; reunião de equipe. Há uma dificuldade na interação da equipe, frisando com o odontólogo e com o médico, pois acredito que

estes precisam assumir o compromisso com a população para uma melhor qualidade de vida.

Vale lembrar que quando são solicitados exames e consultas específicas pelos profissionais na unidade, alguns são realizados no próprio município e outros são encaminhados para outras cidades. Os exames laboratoriais de rotina, algumas ultrassonografia gestacional (USG), consulta com ginecologista, pediatra e psiquiatra são atendidos no nosso próprio município. Os exames mais complexos como mamografia, raios X, algumas USG, consulta com outros especialistas são encaminhados, após a solicitação médica, através da Central de Regulação, assim os pacientes são levados para a realização destes com o carro da Secretaria municipal que viaja três vezes na semana, geralmente para Salvador ou Feira de Santana que fica há mais ou menos 300 km.

O município de Quixabeira não dispõe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro Especialidades Odontológicas (CEO), e nem hospital, porém o gestor já está realizando projeto para implantação do NASF. O conselho local de saúde (CLS) não é muito presente nas atividades, pois o presidente não questiona as decisões e nem toma decisões juntos com eles.

Com relação aos dados entregues a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), é perceptível não só na minha unidade como na maioria dos colegas visualizarmos as mesmas situações: alguns dentistas já realizam a sua produção, todavia a dificuldade ainda é o profissional médico que não realiza suas produções e nem o fechamento destas fichas, deixando para terceiros fazerem, dificultando assim o trabalho em equipe e visualização da situação real dos problemas de saúde. Temos que perceber o quanto esta consolidação de dados pelo próprio profissional é importante, por que evita gerar informações errôneas e subnotificações dos atendimentos e procedimentos realizados, e ajuda na discussão posterior mensalmente com toda equipe para realização de ações a fim de intervir nos problemas encontrados.

A equipe possui um bom vínculo com a comunidade. Vale ressaltar, que o respeito, a autonomia e o domínio fazem parte do nosso trabalho, pois temos que acolher e atender pessoas e realizar a parte administrativa da unidade.



## 1.2 RELATÓRIO DA ANÁLISE SITUACIONAL

O município de Quixabeira tem, segundo IBGE, 2014, 9.554 habitantes, com uma parte da população inserida em área rural e a outra na zona urbana. Atualmente existem quatro Estratégias de Saúde da Família (ESF) sendo duas na sede urbana e duas na zona rural, e um Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde (UBS) /Pronto atendimento onde são atendidas as especialidades e prestado os primeiros socorros para realizar o encaminhamento ao hospital mais próximo. Este não dispõe de NASF, CAPS, Centro Especializado em Odontologia (CEO), e nem hospital, porém o gestor já está realizando o projeto para implantação do NASF.

Algumas especialidades como pediatria, ginecologia, psiquiatria e nutrição, e os exames laboratoriais de rotina, algumas Ultrassonografia (USG), são realizados no próprio município. Os exames mais complexos como mamografia, raios X, consulta com outros especialistas são encaminhados para outros municípios, após a solicitação médica por meio da Central de Regulação. Assim os usuários são levados para a realização destes com o carro que a secretaria municipal disponibiliza para fazer três viagens na semana, geralmente para Salvador ou Feira de Santana a qual a primeira fica há mais ou menos 300 km.

Atualmente estou inserida na ESF Sede I, que está localizada em sua maior parte na área urbana, próxima a Prefeitura Municipal, a parte rural está situada no povoado de Várzea do Canto que é extensão da ESF. A unidade da sede é mista situada no mesmo local que a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e seus setores, a Central de Regulação e Marcação de Exames as quais ficam na parte posterior; um Pronto Atendimento de pequeno porte para prestar primeiros socorros, pois não tem hospital; e a ESF Sede II que fica ao lado.

A ESF I é composta por uma enfermeira, não tem médico no momento, um odontólogo, uma auxiliar de consultório dentário (ACD), sete ACS, duas recepcionistas, três técnicos de enfermagem da vacinação e uma nos procedimentos e triagem, entre outros das unidades atreladas, duas agentes de limpeza, uma pessoa na farmácia. A unidade tem vínculo somente com o Sistema Único de Saúde (SUS), e não há vínculo com instituições de ensino, às vezes

algumas escolas técnicas enviam as solicitações de estágios do curso técnico de enfermagem, e algumas estagiárias realizam uma parte do estágio na ESF.

A equipe de Saúde da Família é considerada pequena para atender as reais necessidades da população adscrita pela ESF. Estão cadastradas até o dia 11 de Junho de 2013, 3386 habitantes (100%), (80%) fazem parte da sede principal e o restante da zona rural (povoados e fazendas). A extensão na zona rural situa-se no povoado onde os profissionais atendem uma vez na semana, na qual se encontra a área descoberta pela ACS, pois a mesma está afastada por problemas de saúde, e não tem outro para substituí-la. Por causa do grande número de hipertensos, diabéticos e gestantes na área fica difícil realizar atividades constantes de prevenção e promoção da saúde, criação de alguns grupos populacionais entre outras atividades.

A distribuição por sexo da população segundo dados do SIAB, informa que temos 1726 mulheres e 1660 homens. Em se tratando da faixa etária, temos uma predominância nos usuários entre 20 a 39 anos (1057), destes 510 são do sexo masculino e 547 feminino; o número de crianças menores de 1 ano corresponde a 38, temos também 20 gestantes, 82 diabéticos, 344 hipertensos, 1 paciente com hanseníase e 1 com tuberculose. Percebe-se que o público de idosos também é bastante significativo (548), daí a importância de realização de alguns programas do Ministério da saúde e incentivo a prevenção e promoção da saúde para esta população.

O horário de funcionamento da ESF é das 8 às 17 horas de segunda à sexta-feira. Todos os funcionários cumprem a carga horária de 40hs semanais, sendo que os de nível superior tem uma folga semanal e 15 dias de recesso anualmente, o profissional de nível intermediário dispõe trinta dias no ano. As consultas de enfermagem são agendadas por programa: Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA), pré-natal, puericultura, preventivo, planejamento familiar, visitas domiciliares aos acamados e às puérperas, programa de saúde na escola, imunizações e acolhimento da demanda espontânea. O médico, quando inserido na ESF, atende somente por demanda espontânea, emergências e os encaminhamentos. O odontólogo atende por marcação dos ACS

da unidade e emergências, não tem atendimentos separados por grupos específicos.

As atividades educativas são realizadas pela enfermeira como, sala de espera, grupo com gestantes, capacitação com os ACS e com os técnicos de enfermagem; reunião de equipe. Há uma dificuldade na interação da equipe, frisando com o odontólogo e com o médico, pois acredito que estes precisam assumir o compromisso com a população para uma melhor qualidade de vida.

Com relação à estrutura do Centro de Saúde/ESF Sede I, podemos citar que, a mesma está montada em um prédio reformado/improvisado aproximadamente 5 meses na sede, pois a mesma era uma UBS, e foi readaptada para uma ESF, não apresentando instalações e divisões modernas, e uma unidade de extensão no povoado de Várzea do Canto, o qual é uma unidade nova e construída para ser uma extensão da ESF.

Na UBS sede possui: duas recepções com estrutura não adequada; três consultórios clínicos com materiais permanentes suficientes para o desenvolvimento do trabalho; dois consultórios de enfermagem; uma sala de medicação para as três unidades; uma de nebulização; uma de triagem e curativo; uma central de esterilização de materiais; uma para o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN); uma para teste do pezinho; uma sala de vacinação (lembrando temos apenas uma sala de vacina para todo o município e o teste do pezinho); uma farmácia básica; uma sala de estoque de medicação; um consultório do odontólogo; três sanitários. Na UBS do povoado da zona rural, a unidade é pequena apresenta dois consultórios médicos, uma recepção ampla, uma sala de medicação e 01 sanitário.

Além disso, a ESF não possui uma estrutura física adequada para o atendimento à população, como por exemplo, a recepção possui vidro como barreira entre o profissional e usuário, possui um armário para guarda de materiais com porta quebrada, sem trancar, não existe sala separada da recepção e guarda de arquivos de prontuários dificultando assim a movimentação dentro deste ambiente. Um ponto importante a ser observado é que os prontuários dos usuários são organizados por família. Outro fator relevante é que na parte externa da recepção não há bancos

suficientes para comportar o número da demanda de pessoas, dificultando a realização de atividades na sala de espera.

Os corredores da unidade na parte dos consultórios são apertados, tem em média de 1,30cm de largura e não suporta colocar bancos em ambos os lados para usuários em espera de atendimento. Com relação aos consultórios em sua maioria são bem equipados, ainda falta ar condicionado em alguns, macas comuns e ginecológica, bem como, armários, cadeiras, mesas, foco, balança e fita antropométrica (de madeira) para atendimentos de puericultura. Quanto à quantidade de consultórios e salas para procedimentos considero o número suficiente para atender as demandas populacionais.

Quanto às barreiras arquitetônicas, a ESF possui rampas de acesso aos cadeirantes e para macas em situações ou não de emergência, mas não tem corrimão nas rampas e nos corredores, os sanitários não apresentam largura suficiente para uso de cadeiras de rodas, não sendo adaptados para os usuários com deficiência física.

Considero que o poder público deve criar redes de atendimento adequadas à demanda que possam garantir as pessoas acessibilidade aos serviços e aos estabelecimentos de saúde de forma fácil em conformidade com as normas técnicas recomendadas. Sendo assim, a unidade deve estar adequada para receber as pessoas com suas deficiências e patologias, realizando as adaptações necessárias para que assim estes possam ter direito de utilizar dos serviços de saúde de forma acessível e sem dificuldades.

O processo de territorialização e mapeamento da área são realizados pelos ACS, os técnicos de enfermagem e a enfermeira, identificando as famílias e os indivíduos mais expostos aos riscos, como por exemplo, hipertensos, diabéticos, tuberculose, hanseníase; assim como, levantamento das escolas, comércio, e igrejas da área de abrangência. Além disso, a equipe de saúde também realiza ações educativas e atividades assistenciais nos domicílios, nas escolas e nas igrejas pela enfermeira, técnicos de enfermagem, ACS e odontólogo, sendo elas: aferição de PA, curativos, palestras, avaliação antropométrica, entre outros. Vale ressaltar a importância de realizar os cuidados fora do espaço da unidade, o que contribui para

a equipe criar vínculos fortes com a comunidade, como também para conhecer os verdadeiros espaços da área de abrangência e suas reais necessidades.

Uma das atribuições que a equipe não consegue realizar é a consolidação dos dados de todos os profissionais para serem entregues na SMS, são notórias algumas situações: o dentista já realiza a sua produção, todavia a dificuldade ainda é o profissional médico que não realiza suas produções e nem o fechamento das fichas PMA2 e PMA2 complementar, deixando para terceiros fazerem, dificultando assim o trabalho em equipe e visualização da situação real dos problemas de saúde. Temos que perceber o quanto esta consolidação de dados pelo próprio profissional é importante, por que evita gerar informações errôneas e subnotificações dos atendimentos e procedimentos realizados, e ajuda na discussão posterior mensalmente com toda equipe para realização de ações a fim de intervir nos problemas encontrados.

Nas reuniões de equipe são incentivados os profissionais para realizarem atividades que são de suas competências, porém não são concretizadas. Há tentativas de mudança na agenda, principalmente do médico (mas o mesmo não se encontra, impedindo as mudanças na rotina do trabalho), organização da unidade, levantamento dos problemas de saúde da área de abrangência baseado nos indicadores do SIAB, organização do trabalho, problemas na equipe da ESF e planejamento de ações de saúde. Infelizmente nem todos os profissionais da equipe participam das reuniões, o que prejudica a comunicação na unidade e discussões de alguns casos ou problemas de saúde visando à promoção e prevenção da saúde.

Com relação às atividades de qualificação tanto de controle social quanto de gerenciamento de insumos dos materiais, somente os ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiro, recepcionista, odontólogo e o ACD participam, o médico é uma exceção particularmente em todas as funções que este deveria exercer.

Podemos perceber que o médico é o profissional da equipe de saúde da família que não participa das atividades juntamente com esta. O que considero um ponto a ser sempre discutido junto ao gestor de saúde, pois podemos perceber que os outros profissionais realizam dentre outras atividades, mas o médico acaba deixando a desejar dificultando a continuidade do atendimento, pois sabemos que alguns procedimentos somente são realizados por este profissional, assim cabe à

gestão tomar as providências necessárias. Sendo este considerado como o maior problema de algumas atividades não serem realizadas completamente ou de maneira correta, pois os outros componentes da equipe já compreenderam o seu papel na unidade.

Com relação à demanda espontânea, na ESF, muitas das vezes quem realiza o acolhimento ao usuário é a recepcionista e o técnico de enfermagem, às vezes a enfermeira também o realiza, assim como a avaliação dos riscos daqueles que encontram sem agendamento por demanda espontânea.

O atendimento por excesso de demanda espontânea para o médico e para o enfermeiro é priorizado de acordo com a gravidade, realizando a classificação de “risco” das urgências e emergências como, acidentes com arma branca ou de fogo, acidentes graves, febre alta, hemorragia e parada cardiorrespiratória são prioridades para realizar atendimento imediato e prestar os primeiros socorros e depois realizar os possíveis encaminhamentos. Outros casos em que os usuários podem aguardar atendimento por algumas horas, também são colocados como prioridades, já outras demandas em que os mesmos podem aguardar até o outro dia, este é agendado.

Considero ainda falho este acolhimento dado pelos profissionais acima citados, pois muitos deles não compreendem e não foram capacitados para trabalhar na área da saúde, devido aos cargos políticos, e mesmo com a realização de educação permanente e treinamentos, muitos deles estão “frustrados” com o emprego, o que prejudica na melhoria da rotina da unidade. A respeito dos técnicos ou auxiliares de enfermagem, muitos não sabem ou muitas vezes após os treinamentos não querem fazer a triagem de forma correta prejudicando assim o acolhimento adequado conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (MS).

Quanto à atenção a saúde da criança de 0 a 72 meses é realizada desde o mês de fevereiro de 2013 os atendimentos de puericultura, seguindo o caderno de atenção à saúde da criança, preconizado pelo MS que recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, que ainda não foram feitas, pois estamos priorizando esta faixa etária menor de dois anos.

De acordo com o questionário e os indicadores de cobertura da saúde da criança, percebe-se que há dificuldades no acompanhamento deste programa, com cobertura de (57%) no indicador de consultas em dias; o número da primeira consulta e de realização do teste do pezinho nos primeiros sete dias de vida ainda são poucos, (43%) e (80%), respectivamente.

Na ESF também é realizado teste do pezinho, vacinação de acordo com o calendário vacinal, orientação sobre aleitamento materno exclusivo e prevenção de acidentes para as genitoras, sendo que os testes do olhinho e da orelhinha só são feitos em unidades particulares. O registro destas consultas é feita no livro de Registro dos atendimentos de Enfermagem e não há um registro específico para puericultura.

Outro ponto a ser considerado para melhoria está no atendimento e encaminhamento na saúde bucal das crianças. Deve-se incentivar um maior envolvimento da equipe de saúde bucal na puericultura, pois é um procedimento realizado ainda pela enfermagem e os ACS. Além disso, não há protocolo nos atendimentos as consultas de puericultura. Algumas ações não são desenvolvidas como o diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal e de saúde mental, quando são percebidos esses problemas, os mesmos são encaminhados ao dentista, aos médicos clínicos da UBS e/ou pediatra. O médico pediatra da UBS de referência atende os recém-nascidos do município, uma vez a cada 15 dias, pois a ESF está sem atendimento médico geral.

Vale lembrar que as atividades de grupo de educação em saúde para este tipo de público não são realizadas, sendo de grande importância para aumento do vínculo entre profissional e família, instrução correta quanto à importância das consultas de ACD, responsabilização e orientações quanto aos cuidados com as crianças.

O pré-natal é feito pela enfermeira, e pela ginecologista como preconiza o protocolo do MS, a primeira realiza os de baixo risco e alto risco, já a segunda realiza apenas os de alto risco. O odontólogo geralmente não realiza o atendimento odontológico as gestantes. O registro destas consultas é feito no livro de Registro dos atendimentos de Enfermagem, e disponhamos de um livro somente de pré-natal

para o cadastro e acompanhamento destas gestantes, especificado por todos os ACS.

Considero a assistência de pré-natal bem organizada, sendo o percentual de 100% de cobertura no acompanhamento com consultas, com vacinas atualizadas, de exames solicitados na primeira consulta, e em uso de suplementação com sulfato ferroso conforme preconizado. Acredito que ainda precisa ser melhorada a questão do processo de trabalho em equipe, como a realização de consultas de pré-natal pelo médico e odontólogo, não somente sendo responsabilidade da enfermeira. Também é necessário melhorar o indicador de saúde bucal no pré-natal que alcançou apenas 65%, realização da 1ª de pré-natal no 1º trimestre de gravidez que correspondeu a 95%, como também realizar o preventivo ginecológico de todas as grávidas, pois satisfiz apenas 75%. Devem-se realizar mais reuniões de equipe e frisar a presença do médico e dentista na unidade. Também acrescento quanto à importância de todos os membros da equipe realizar as atividades de sala de espera e grupo de gestante.

Como dificuldades podem citar que o odontólogo não tem livro de registro para as atividades dos programas da ESF, exemplificando o pré-natal, dificultando o processo de trabalho e o acesso de forma fidedigna dos dados de acompanhamento e atendimentos das gestantes e outros programas.

Em se tratando dos Programas de Prevenção do Câncer do colo do útero e de mama são realizadas ações de prevenção com a realização do exame do preventivo, exame das mamas no momento da realização do último, educação em saúde como salas de espera e palestras na igreja e às vezes comunidade. Na ESF as ações são estruturadas de forma programática, sendo que são realizadas todas as sextas-feiras num período o exame do Papanicolau, exames das mamas e salas de espera sobre o tema, seguindo sempre o protocolo do MS destes determinados programas.

Vale ressaltar que a unidade não dispõe de um livro de registro específico para estes dois programas, o que será implantado brevemente, visto a necessidade de controle e rastreamento das mulheres. As ações realizadas para estes dois programas são bem aceitos pela população que busca o serviço para realizarem o exame do Papanicolau e solicitação de exame de mamografia após os 40 anos de



idades. A demanda para o primeiro é sempre grande, e a população da área entende a realização do exame como importante e imprescindível. Infelizmente ainda tenho muitas dificuldades quanto ao envolvimento dos outros profissionais da equipe para realização de ações voltadas a estes programas. Os ACS conjuntamente com a enfermeira participam das ações de saúde.

Com relação ao HIPERDIA, os atendimentos de enfermagem são realizados toda terça-feira nos dois turnos e os usuários saem da unidade com o agendamento da próxima consulta. São realizados procedimentos como avaliação antropométrica (peso, altura e circunferência abdominal) e aferição da pressão arterial, medida da glicemia pelo hemogluco teste (HGT), e avaliação de riscos. Vale ressaltar que 58% dos hipertensos e 66% dos diabéticos realizam consulta periódica com a enfermeira, pois muitos deles não vão a unidade pois fazem uso da medicação adquirida por conta própria, e realizam consultas particulares. Algumas ações sobre orientações de cuidados de saúde como controle do peso, atividade física regular, alimentação saudável, malefícios da não adesão ao tratamento somente são realizadas durante as consultas e não como atividade educativa. Foram encontradas algumas dificuldades na atenção ao hipertenso e diabético como: a não realização de consultas de HIPERDIA pelos outros membros da equipe, o que inviabiliza a melhoria na qualidade de vida destes usuários que necessitam de um atendimento com “olhar integral” em sua saúde e a falta de registro correto dos atendimentos dos outros profissionais de nível superior. Mesmo com todas as dificuldades, os atendimentos de enfermagem são realizados segundo o manual do MS de HIPERDIA, existe um livro de registro de todas as consultas de enfermagem, incluindo as dos HIPERDIA, e agendamentos dos usuários, assim quando estes não comparecerem as consultas agendadas, o ACS realiza a busca ativa dos mesmos e é reagendado a consulta.

Em relação à atenção a saúde da pessoa idosa, a unidade atende aos idosos na maioria das vezes a semana toda, pois se formos analisar, dentro dos programas de atendimento da ESF, os idosos se encaixam no do HIPERDIA, Saúde da Mulher e Saúde do Homem que equivalem a mais de dois dias de atendimento. Dos 547 idosos, apenas 450 (82%) estão sendo acompanhados pelo serviço, 480

(88%) têm a caderneta do idoso, e 400 (75%) receberam orientação quanto a realização de atividade física regular e avaliação de saúde bucal.

A equipe realiza ações de saúde voltadas para este público com o desenvolvimento de campanhas e busca ativa de idosos para vacinação, principalmente a da Influenza; são feitas ações de promoção de hábitos de vida saudáveis como alimentação e prática de atividades físicas pela enfermeira e ACS por meio de palestras na sala de espera, não sendo feitas ações de saúde bucal e mental, necessitando dos profissionais a modificação do foco de suas ações em relação às atividades educativas. Além disso, é realizado o diagnóstico de problemas clínicos quanto à saúde bucal e mental, assim como os de sedentarismo e obesidade, não sendo feitos os de tabagismo e alcoolismo.

Vale lembrar que não existe na unidade um prontuário específico para atendimento dos idosos, e nem um registro específico para atendimento desta população alvo, apenas tem um livro de registro de todos os atendimentos de enfermagem. Também não há grupo com idosos da unidade para realização de ações e atividades educativas, estas são feitas por meio de salas de espera. As visitas domiciliares com usuários acamados ou que não podem comparecer a ESF são feitas uma vez por semana em cada área dos ACS apenas pela enfermeira e pelos ACS.

Considero um maior desafio a ser resolvido na minha unidade é a questão da infra-estrutura, pois são várias equipes atuando em uma mesmo local, sendo que a equipe da assistência não tem governabilidade para resolver este problema. Outro ponto importante que necessita de melhora é o atendimento de Puericultura e as ações de prevenção ao Câncer do colo uterino e de mama. Vale ressaltar que a Saúde bucal deixa muito a desejar na assistência e organização e registro das atividades realizadas. Porém, os três últimos são ações que dependem da melhoria na qualidade da assistência e não da gestão, tendo assim a equipe, governabilidade para tal.

### 1.3 COMENTÁRIO COMPARATIVO SOBRE TEXTO INICIAL E RELATÓRIO ANÁLISE SITUACIONAL

Comparando o primeiro texto realizado e o relatório da análise situacional, percebe-se que inicialmente entre os profissionais da equipe quase não havia interação, pois nas reuniões de equipe só compareciam a enfermeira, os ACS, e técnicos de enfermagem e recepção, às vezes, porém com o início do curso e atividades propostas, pude começar a buscar mais os outros profissionais para as reuniões de equipe mensalmente, quando era realizada, pois até as reuniões a equipe não realizava constantemente devido a falta de motivação. Outro ponto que achei bastante interessante, é que alguns programas eram realizados, porém após o curso pude realizar estes dando uma importância maior nas atividades, e não realizá-las por que deve ser feita. Um exemplo é a puericultura que tinha acabado de ser implantada, mas a adesão ainda era pouca, e com o embasamento do curso pude prestar uma melhor assistência. Um episódio que o curso me fez repensar é a realização de atividades na comunidade, fora da unidade de saúde, tentando buscar aqueles pacientes que não comparecem ao serviço de saúde.

## **2 ANÁLISE ESTRATÉGICA**

### **2.1 JUSTIFICATIVA**

De acordo com os dados epidemiológicos na saúde da mulher, nos últimos anos houve um aumento nas taxas de incidência e mortalidade relacionada aos cânceres (CA) de mama e do colo do útero, sendo que no ano de 2008 ocorreram 1.384.155 casos novos do primeiro tipo em todo o mundo, e cerca de 530 mil casos novos do último, o que torna o CA de mama o tipo mais comum entre as mulheres. Assim, evidencia-se a importância da realização desta intervenção com ações que visem a promoção, prevenção, e controle dessas doenças nos serviços de atenção primária, contribuindo para diminuição do número de casos novos e realização do tratamento precoce evitando mortalidade dos casos. (BRASIL, 2013).

A população alvo para prevenção do câncer de útero serão as mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos o que corresponde a 740 mulheres, já para a prevenção do câncer de mama serão as mulheres de 50 a 69 anos correspondendo a 275 mulheres. A população atendida atualmente na unidade para realização do exame de citologia oncológica corresponde a 50% e para a realização do exame de mamografia não é estimado porque o município não presta este tipo de serviço, as pacientes são encaminhadas a outro município, mas estimamos um quantitativo de 60% de mulheres que realizam o rastreamento do Ca de mama através da realização do exame clínico pelo profissional de saúde no momento das consultas ou na realização do citopatológico uterino.

O município presta uma assistência qualificada na atenção a este público, pois são realizados por todas as unidades pelas enfermeiras, o exame do Preventivo e sensibilização da comunidade com palestras na igreja e nas ESF's sobre a ação programática na saúde da mulher. A atenção a prevenção ao Câncer de colo uterino e de mama no município, ainda possui algumas dificuldades quanto a baixa adesão por parte das mulheres para a realização dos exames por causa de alguns fatores: reclamam da demora quanto ao resultado do citopatológico; dificuldade quanto ao deslocamento para realizar a mamografia, mesmo sabendo que o município oferece

transporte para realizar as mesmas; falta de confiabilidade nos resultados dos exames, e ausência nas consultas e exames, talvez por medo.

Assim, com a implementação das ações, espera-se que a população alvo tenha mais conhecimento do verdadeiro significado dos exames, importância de realizá-los, cuidados com a saúde, os meios de prevenção, com a finalidade de altos índices de câncer de mama e de colo de útero no município. Com relação as dificuldades enfrentadas na unidade, observa-se que há falta de integração entre os profissionais de nível superior (médico e odontólogo), exceto os profissionais de nível médio (ACS, téc. de enfermagem, recepção, entre outros). Existem algumas limitações com relação aos exames de mamografia a serem realizados em outros municípios, pois a oferta do município que foi demandado para realizar este exame não condiz com a realidade ofertada, ficando as mulheres sem realizar as mamografias.

Ressaltando que o município necessita de uma maior atenção na prevenção aos cânceres de colo uterino e de mama, pois o mesmo não está organizado de forma correta, e como é preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) para dar uma atenção qualificada ao público-alvo, com o aumento da oferta de exames de preventivo, realização do exame clínico das mamas, ações coletivas na comunidade e na unidade de saúde para prestar os serviços e ações com qualidade com o intuito de melhoria na saúde dessas mulheres. As gestões juntamente com a assistência apresentam subsídios suficientes para conseguirem realizar as ações preconizadas e propostas para a intervenção, pois quanto ao exame do citopatológico uterino, o município dispõe de estrutura física adequada para a realização do mesmo, profissional capacitado, enfermeira e ginecologista, se necessário, ACS, técnico de enfermagem entre outros para realizar as ações de promoção e prevenção da saúde, quantidade de materiais suficiente, já com relação aos exames das mamografia, conta com carro para esse serviço ser realizado fora do município, e profissionais para realizar também as atividades de promoção e prevenção no sentido de conscientização destas mulheres para realização dos exames periodicamente.

Acredito que seria necessária melhoria na quantidade de vagas para a realização das mamografias, e rapidez na marcação dos destas, sendo importante

ser revisto a Programação Pactuada e Integrada (PPI) fazendo com que o município que realizou a pactuação faça cumprir com o que ficou acordado. Também ressaltar a importância das ações de promoção à saúde, pois devemos conscientizar a população de forma que a mesma possa contribuir positivamente em sua saúde.

## **2.2 OBJETIVOS E METAS**

### **2.2.1 OBJETIVO GERAL**

Melhorar a detecção precoce de cânceres de colo do útero e de mama

### **2.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Ampliar a cobertura de detecção precoce dos cânceres de colo e do câncer de mama;
2. Melhorar a adesão das mulheres à realização de exame citopatológico de colo uterino e mamografia;
3. Melhorar a qualidade do atendimento das mulheres que realizam detecção precoce de cânceres de colo de útero e de mama na unidade de saúde;
4. Melhorar o registro das informações;
5. Promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de cânceres de colo de útero e de mama na unidade de saúde;
6. Mapear as mulheres de risco para cânceres de colo de útero e de mama

### **2.2.3 METAS**

#### **Relativas ao objetivo 1:**

1. Ampliar a cobertura de detecção precoce dos cânceres de colo uterino das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade para 100%.
2. Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade para 70%.

**Relativas ao objetivo 2:**

1. Buscar 100% das mulheres que tiveram exame de Papanicolau alterado e que não retornaram a unidade de saúde.
2. Buscar 100% das mulheres que tiveram exame de mamografia alterado e que não retornaram a unidade de saúde.

**Relativas ao objetivo 3:**

1. Obter 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo uterino.

**Relativas ao objetivo 4:**

1. Manter registro da coleta de exame citopatológico de colo uterino em registro específico em 100% das mulheres cadastradas nos programas da unidade de saúde.
2. Manter registro da realização da mamografia em registro específico em 100% das mulheres cadastradas no programa da unidade de saúde.

**Relativas ao objetivo 5:**

1. Orientar 100% das mulheres cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de colo de útero.
2. Orientar 100% das mulheres cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de mama.
- 3.

**Relativas ao objetivo 6:**

1. Realizar avaliação de risco (ou pesquisar sinais de alerta para identificação de câncer de colo de útero) em 100% das mulheres nas faixas etárias-alvo.

2. Realizar avaliação de risco (ou pesquisar sinais de alerta para identificação de câncer de mama) em 100% das mulheres nas faixas etárias-alvo.

## **2.3METODOLOGIA**

### **2.3.1 AÇÕES**

#### **Eixo 1: Monitoramento e avaliação**

A enfermeira e as recepcionistas cadastrarão todas as mulheres no livro de registro, e serão preenchidas as fichas espelho concomitantemente, as que virão a unidade para realizar a coleta de preventivo serão cadastradas neste dia, e se tiver idade para entrar no programa de câncer de mama será feito o exame clínico das mamas, pela enfermeira, ACS, recepcionistas e técnicos de enfermagem. As atividades educativas serão realizadas na USF, salão das igrejas da área de abrangência e no salão do sindicato de trabalhadores do município, e serão registradas no livro de atividades educativas da unidade.

As capacitações serão feitas pela enfermeira (especializanda) da unidade e registradas no livro de registro de capacitação da unidade pelo profissional que realizará a atividade. As mulheres com maior risco de câncer de mama e com resultado do Papanicolau alterado serão monitoradas com maior frequência pela enfermeira, será realizada busca ativa pelos ACS e a mesma, constando na ficha um alerta sobre sua condição.

As consultas serão feitas pela enfermeira, médico e ginecologista da unidade, sendo realizado avaliação das mulheres, solicitação dos exames do preventivo e mamografia, realização do exame clínico das mamas, ressaltando que apenas a enfermeira realizou os exames do citopatológico.

Para a intervenção foi solicitado materiais necessários para a realização do Papanicolau, impressão de fichas espelho e panfletos sobre o tema, data show,



notebook, e câmera fotográfica.

## **Eixo 2: Organização e gestão do serviço**

O acolhimento das mulheres será feito dentro da USF por todos os profissionais treinados sendo que todas as mulheres que comparecerem na unidade serão perguntadas sobre o ultimo exame do preventivo e de mamografia, se na idade para prevenção de câncer de mama, serão agendado o exame do preventivo e solicitado a mamografia. Serão feitos também busca ativa pelos ACS para o agendamento e encaminhamento das pacientes para consultas na unidade com a enfermeira e médico. Será disponibilizado um turno toda sexta-feira para atendimento clínico e realização dos exames de preventivos, e clínico das mamas, e uma hora por dia no final dos outros atendimentos da unidade para monitoramento e cadastramento das pacientes na ficha espelho, e para outras atividades de planejamento. As atividades educativas serão feitas duas a três vezes por semana antes do inicio das consultas na USF pela enfermeira, médico, ACS e técnico de enfermagem.

## **Eixo 3: Engajamento público**

Todas as mulheres alvo serão esclarecidas sobre a importância da realização do exame citopatológico do colo uterino, mamografia, e sobre a periodicidade preconizada para a realização deste. Também serão orientadas quanto à importância do projeto que está sendo realizado e da necessidade de sua colaboração para que se atinjam as metas propostas.

Serão realizadas palestras na comunidade e na unidade para orientações sobre o tempo de espera para retorno do resultado do exame, sobre as DST's, uso de preservativos, fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama, estabelecendo medidas de combate aos fatores de risco passíveis de modificação e orientar a população sobre os sinais de alerta para detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama.

#### **Eixo 4: Qualificação da prática clínica**

Nas reuniões de equipe, uma vez por mês, na sala de reunião USF serão realizadas orientações sobre o projeto de intervenção, monitoramento das ações por todos os profissionais e seguimento do cronograma da intervenção e discussão dos protocolos que serão utilizados. Neste mesmo local, também serão realizadas capacitações com toda a equipe sobre a prevenção dos cânceres de mama e de colo uterino, assim como, uma reunião com os agentes comunitários de saúde para fazer busca ativa das mulheres que não estão em dia como os exames.

##### **2.3.2 INDICADORES**

**Meta 1:** Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo uterino das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade para 100%.

**Indicador 1:** Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de colo do útero

Numerador: Número de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas com exames em dia para detecção precoce do câncer de colo do útero.

Denominador: Número total de mulheres entre 25 e 64 anos que vivem na área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 2:** Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade para 70%.

**Indicador 2:** Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama

Numerador: Número de mulheres entre 50 e 69 anos de idade com exame em dia para detecção precoce do câncer de mama.

Denominador: Número total de mulheres entre 50 e 69 anos que vivem na área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 3:** Buscar 100% das mulheres que tiveram exame de Papanicolau alterado e que não retornaram a unidade de saúde.

**Meta 4:** Buscar 100% das mulheres que tiveram exame de mamografia alterado e que não retornaram a unidade de saúde.

**Indicador 3:** Proporção de mulheres que tiveram exames alterados do citopatológico do colo do útero

Numerador: Número de mulheres que tiveram exames alterados do citopatológico do colo do útero.

Denominador: Número de mulheres cadastradas com exame em dia.

**Indicador 4:** Proporção de mulheres que tiveram exames de mamografia alterados.

Numerador: Número de mulheres que tiveram exames alterados de mamografia.

Denominador: Número de mulheres cadastradas com exame em dia.

**Indicador 5:** Proporção de mulheres que tiveram exame alterado do citopatológico do colo do útero e que não retornaram à unidade de saúde.

Numerador: Número de mulheres com exame alterado do citopatológico do colo do útero que não retornaram a unidade de saúde e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.

Denominador: Número de mulheres com exame alterado do citopatológico do colo do útero que não retornaram à unidade de saúde.

**Indicador 6:** Proporção de mulheres que tiveram exame alterado da mamografia e que não retornaram à unidade de saúde.

Numerador: Número de mulheres com exame alterado da mamografia que não retornaram a unidade de saúde e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.

Denominador: Número de mulheres com exame alterado da mamografia que não retornaram à unidade de saúde.

**Meta 5:** Obter 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo uterino.

**Indicador 7:** Proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico do colo do útero.

Numerador: Número de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico do colo do útero realizados.

Denominador: Número total de mulheres cadastradas no programa da unidade de saúde que realizaram exame citopatológico do colo do útero.

**Meta 6:** Manter registro da coleta de exame citopatológico de colo uterino em registro específico em 100% das mulheres cadastradas nos programas da unidade de saúde.

**Meta 7:** Manter registro do resultado da mamografia em registro específico em 100% das mulheres cadastradas nos programas da unidade de saúde.

**Indicador 8:** Proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo do útero.

Numerador: Número de registros adequados do exame citopatológico de colo de útero.

Denominador: Número total de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas no programa.

**Indicador 9:** Proporção de mulheres com registro adequado do exame de mamografia.

Numerador: Número de registros adequados do exame de mamografia.

Denominador: Número total de mulheres entre 50 e 69 anos cadastradas no programa.

**Meta 8:** Orientar 100% das mulheres cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de colo de útero.

**Meta 9:** Orientar 100% das mulheres cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de mama.

**Indicador 10:** Proporção de mulheres orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero.

Numerador: Número de mulheres que foram orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero.

Denominador: Número de mulheres cadastradas no programa da unidade de saúde para detecção precoce de câncer de colo de útero.

**Indicador 11:** Proporção de mulheres orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de mama.

Numerador: Número de mulheres que foram orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de mama.

Denominador: Número de mulheres cadastradas no programa da unidade de saúde para detecção precoce de câncer de mama.

**Meta 10:** Realizar avaliação de risco (ou pesquisar sinais de alerta para identificação de câncer de colo de útero) em 100% das mulheres nas faixas etárias-alvo.

**Meta 11:** Realizar avaliação de risco (ou pesquisar sinais de alerta para identificação de câncer de mama) em 100% das mulheres nas faixas etárias-alvo.

**Indicador 12:** Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero.

Numerador: Número de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero (Dor e sangramento após relação sexual e/ou corrimento vaginal excessivo).

Denominador: Número total de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas no programa.

**Indicador 12:** Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de mama.

Numerador: Número de mulheres entre 50 e 69 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de mama.

Denominador: Número total de mulheres entre 50 e 69 anos cadastradas no programa.

### 2.3.3 LOGÍSTICA

Para a intervenção com foco na detecção precoce do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama, será adotado como referência o Caderno de Atenção Básica nº 13 – Controle dos Cânceres do colo do útero e da mama, Ministério da Saúde, 2013. Para monitorar as ações feitas será utilizado registro específico como um livro de cadastro de todas as mulheres por ACS nesta faixa etária, sendo utilizados campos como: data do último exame e resultado, idade, endereço e etc, o prontuário clínico, e a ficha espelho que será implantada segundo modelo da UFPEL (anexo), para o acompanhamento dos exames do Papanicolaou e das mamografias, sendo de responsabilidade da enfermeira, técnica de enfermagem, ACS e recepcionistas preencherem com as informações pertinentes no final do expediente de trabalho. Será solicitado a impressão de 500 fichas espelho de controle de câncer de colo uterino e 1000 fichas de controle de mama, livro ATA e outros materiais gráficos à Secretaria de Saúde. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, todos os profissionais da equipe utilizarão esta ficha nos atendimentos e visitas domiciliares do público-alvo. Estima-se alcançar com a intervenção 740 mulheres na prevenção do câncer do colo uterino e 275 para a prevenção do câncer de mama. Para o acompanhamento semanal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso de especialização.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira cadastrará todas as mulheres na faixa etária de 25 a 69 anos no livro de registro específico, depois irá procurar identificar no livro de consultas de enfermagem todas as mulheres que vieram ao serviço para mostrar os resultados dos exames de preventivo e de mamografia durante a intervenção. A profissional junto aos ACS e recepcionistas localizará os prontuários destas mulheres e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo

realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre data do último exame, resultado, Adequabilidade do material (satisfatória) do Papanicolau, sinais de riscos para câncer de mama e de colo uterino, exame alterado, etc.

A capacitação dos profissionais quanto a utilização do protocolo, será iniciada pela intervenção com a capacitação sobre o Caderno de Atenção Básica nº 13 com o intuito que toda a equipe utilize esta referência na atenção às mulheres de 25 a 69 anos para a prevenção dos cânceres de colo de útero e da mama, utilizando o espaço da sala de reunião da unidade que acontecerá nos horários no final do expediente, durante 4 dias de capacitação no tempo de 1 hora cada, em dias alternados, aproveitando os horários utilizados para as reuniões de equipe. Também nesta reunião será definido o papel de cada profissional para apoiar nas ações durante as intervenções.

O monitoramento e avaliação das ações e intervenção serão feitos uma vez na semana pela enfermeira, ACS, recepcionistas, e técnica de enfermagem examinará as fichas espelho das mulheres identificando aquelas que estão com exames de preventivo, das mamas e mamografias em atraso. O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todas as estas que estão em atraso. Ao fazer a busca já agendará a mulher para um horário para realizar exame ou consulta com a enfermeira. Ao final de cada semana, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

A equipe da unidade de saúde será responsável para realizar a divulgação sobre o acesso a realização dos exames de preventivos e clínicos das mamas, sendo orientado as mulheres quanto a realização das mamografias fora do município, por meio de cartazes informativos, programa de rádio, visitas domiciliares dos ACS, sendo orientadas para isto.

Para realizar as ações de engajamento público será feito contato com os líderes comunitários, representantes das igrejas da área de abrangência e apresentado o projeto esclarecendo a importância da realização dos exames de preventivos, clínico das mamas e mamografias. Solicitará apoio da comunidade no sentido de ampliar a quantidade de exames na unidade e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.







### **3 RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO**

#### **3.1 AÇÕES PREVISTAS NO PROJETO QUE FORAM DESENVOLVIDAS EXAMINANDO FACILIDADE E DIFICULDADES**

No Projeto de Intervenção sobre Prevenção aos Cânceres de mama e do colo de útero, foram previstas ações dentro de um cronograma a ser cumprido durante as 16 semanas. Foram realizadas: a Capacitação dos Profissionais de Saúde da ESF sobre o protocolo de Prevenção do Câncer do colo uterino e de Mama; definição do papel de cada profissional nas ações programática; cadastramento de todas as mulheres da faixa etária para cada ação no livro de registro de mulheres da unidade; Realização dos exames de preventivo e exame clínico das mulheres. Realizei reunião com gestor, equipe de marcação de exames de mamografia e equipe responsável para envio das amostras, assim como, capacitação dos ACS e outros profissionais da equipe; Busca ativa das mulheres que não vieram ainda realizar os exames; Educação em saúde na unidade e na comunidade sobre os temas propostos; distribuição de preservativos nas consultas e nas atividades educativas; monitoramento dos registros e dos indicadores de acompanhamento do Programa de prevenção do câncer de colo uterino e de mama, e realização de atividades de organização e solicitação de materiais e das fichas; Grupo de mulheres realizado apenas na semana 7 devido falta de logística por parte da gestão.

Arelado a isso, ressalto que o mutirão estava marcado para a semana 8, mas não ocorreu na data por causa das ações promovidas pela secretaria do Novembro Azul sendo que poderia tirar o foco das ações de saúde do homem e da mulher, sendo que no momento do planejamento das ações não lembrava do “Novembro Azul”. Assim, só consegui marcar o mutirão na ultima semana (16) para encerrar a intervenção, com a realização de exames do citopatológico do colo de útero e clínico das mamas pela enfermeira e médica ginecologista, palestras e orientações pelos outros profissionais da equipe e a distribuição de panfletos sobre o tema abordado.

Em se tratando das facilidades podemos citar: realização dos exames de Papanicolau na unidade, pois o município disponibilizou de material suficiente para a realização desta ação, assim como a impressão de materiais didáticos e folhetos

ilustrativos para distribuição na unidade. Outro aspecto favorável foi a adesão de alguns profissionais com destaque para os ACS, técnicos de enfermagem e recepcionistas para realização da intervenção, que engajaram a intervenção e não mediram esforços para realizar as ações, podemos dizer que em partes a gestão também aderiu as ações do projeto, deixando a desejar nesta parte de materiais disponíveis para digitação e não liberação para realização das atividades.

Relacionado às dificuldades posso citar principalmente a digitação das mulheres na planilha no computador, pois a ESF que atuo não tem computador para uso dos profissionais, apenas na secretaria de saúde, e muitas das vezes não coincidia meu tempo para digitar com a vaga para ser usado o computador, assim, não teve como os outros profissionais da unidade me ajudarem nessa fase da intervenção, por isso a digitação dos dados da ficha espelho para a planilha foi feita apenas por mim no domicílio. Outro ponto que dificultou a intervenção foi a dificuldade de entendimento da escrita nas fichas espelhos preenchidas por alguns agentes comunitários de saúde (ACS) e o baixo grau de escolaridade quando no momento da interpretação da ficha para o preenchimento correto no momento da visita domiciliar, mesmo após a capacitação destes, ainda encontrei fichas espelhos preenchidas incorretas, faltando principalmente o resultado do exame ou data deste, o que atrasava a digitação dos dados na planilha.

Ainda se tratando das dificuldades, podemos citar a questão baixa adesão no início da intervenção das mulheres para realização do exame do Papanicolau e da mamografia, pois muitas delas haviam feito o último preventivo há no mínimo 5 anos e mamografia no espaço de 2 anos, pois não sabiam a real importância dos exames, todavia com as atividades educativas elas puderam ter acesso as informações necessárias para conhecer a verdadeira importância dos exames para prevenção ao câncer de mama e de colo de útero.

Falando em mamografias, outra dificuldade enfrentada foi que alguns municípios pequenos não disponibilizam o mamógrafo, pactuam com outros municípios para realizar estes, assim aparecem duas problemáticas: a primeira é a dificuldade em encontrar vagas suficientes para a demanda necessária, também ocorreu que devido o município ter recebido médicos recém-formados a regulação não aceitava os laudos de mamografias solicitados por estes, pois não tinha

cadastrado os CRM's no sistema da regulação, assim muitas requisições tiveram que ser solicitadas pela ginecologista do município e outros médicos; o segundo problema era que mesmo marcando estes exames algumas paciente se recusavam viajar, no mínimo de 200 km, para realizar as mamografias, por motivos de doença, mal estar durante a viagem, distância e outras por que não quiseram se deslocar sem motivos apresentados, o que contribuiu na quantidade de mulheres que não estavam em dias com os exames de mamografias.

Outra dificuldade foi á falta de adesão por partes dos outros profissionais da equipe a intervenção, pois mesmo com as capacitações, alguns deles achavam que não faziam parte diretamente da intervenção, e não se disponibilizavam para interagir e participar das atividades.

### 3.2. AS AÇÕES PREVISTAS NO PROJETO QUE NÃO FORAM DESENVOLVIDAS, DESCREVENDO O MOTIVO PELOS QUAIS ESTAS AÇÕES NÃO PUDERAM SER REALIZADAS

Existiram também ações que estavam para acontecer dentro deste tempo, e que não aconteceram, como o contato com lideranças comunitárias para falar sobre o tema que foi realizado parcialmente, pois nas duas vezes que marquei sempre faltavam lideranças de alguma área. Com relação a algumas exigências do curso como a gestão para disponibilizar algumas horas semanais do profissional a fim de que se realize atividades do curso, foi outra ação que não aconteceu. Ressaltando que quando havia algum tempo após o término dos atendimentos de rotina, não tinha materiais didáticos disponíveis para realizá-las.

### 3.3 DIFICULDADES ENCONTRADAS NA COLETA E SISTEMATIZAÇÃO DE DADOS RELATIVOS À INTERVENÇÃO, FECHAMENTO DAS PLANILHAS DE COLETAS DE DADOS E CÁLCULO DOS INDICADORES

Durante a intervenção ocorreram muitas dificuldades na coleta e sistematização dos dados. A primeira foi que mesmo após ter feito várias capacitações com os profissionais da unidade durante o preenchimento das fichas espelhos, alguns profissionais tiveram dificuldade em preencher estas, ou preenchiam de maneira incorreta, com dados errôneos, campos faltando datas, idade, e resultados dos exames, e muitos com letra ilegíveis atrapalhando o andamento da intervenção e digitação dos dados.

Outra dificuldade encontrada, foi no momento da digitação dos dados das fichas espelhos para a planilha eletrônica de coleta de dados, pois não conseguia digitar os dados no ambiente de trabalho, como já comentado anteriormente. Vale comentar que alguns dados foram digitados errados ou muitas vezes tive dúvidas nas interpretações dos indicadores, com isso estes sempre no momento da avaliação após cada mês era refeito.

Ressalto também que no cálculo dos indicadores alguns dados foram digitados errados ou muitas vezes tive dúvidas nas interpretações dos indicadores, com isso estes sempre no momento da avaliação após cada mês era refeito, consertando o erro ou sendo interpretado de maneira correta, assim foi conseguido realizar ao final da intervenção a tabulação correta dos indicadores.

### 3.4 ANÁLISE DA VIABILIDADE DA INCORPORAÇÃO DAS AÇÕES PREVISTAS NO PROJETO À ROTINA DO SERVIÇO, DESCREVENDO ASPECTOS QUE SERÃO ADEQUADOS OU MELHORADOS PARA QUE ISTO OCORRA

Após o encerramento do curso de especialização, algumas ações poderão continuar a serem desenvolvidas dando continuidade na unidade de saúde, tais elas: atividades educativas sobre a prevenção do câncer do colo de útero e de mama; mutirão três vezes ao ano; adoção das fichas espelhos nas unidades de saúde para acompanhamento das mulheres com relação aos dois programas; capacitação de toda a equipe para os dois programas; divulgação nos meios de comunicação sobre a importância dos exames para a prevenção dos cânceres.

## 4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

### 4.1 RESULTADOS

Durante a intervenção desenvolveu-se ações com a finalidade de melhorar a atenção à prevenção aos cânceres de colo de útero (25 a 64 anos) e de mama (50 a 69 anos) da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Sede I do município de Quixabeira-Ba, sendo baseada no Caderno de Atenção Básica nº 13 – Controle dos Cânceres do colo do útero e da mama, Ministério da Saúde, 2013.

Na área adstrita à ESF existiam no início da intervenção 740 mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, e 275 para a idade de 50 a 69 anos. Assim, a intervenção nestes quatro meses focalizou todas as mulheres da área de abrangência da unidade.

Objetivo 1- Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo e do câncer de mama

Meta 1: Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo uterino das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade para 100%.

Indicador 1: Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de colo do útero.

No período da intervenção, a cobertura de detecção precoce de câncer de colo do útero foi aumentando gradativamente, ou seja, na medida que ia sendo realizado o cadastro das mulheres da faixa etária e realizando as ações. Podemos perceber que para a prevenção ao câncer de colo de útero, no primeiro mês de acordo com o cadastro e acompanhamento destas, 72 (9,7%) estavam em dias com o exame do papanicolau, no segundo mês 90 (12,2%), no terceiro 171 (23,1%) e no quarto mês 612 (82,7%) não alcançando assim a meta estipulada de 100%, porém considerado um ganho enorme, uma vez que a cobertura era de 50% para prevenção do câncer de colo de útero. (Figura 1).

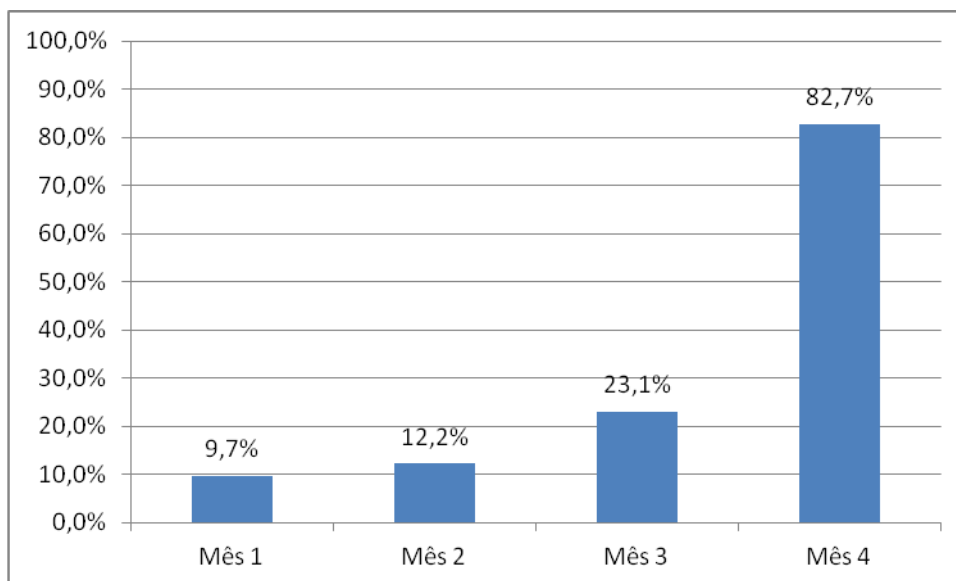


Figura 1. Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de colo de útero. ESF Sede I, Quixabeira, BA. 2014

Fonte: Planilha coleta de dados

Considero um fator que dificultou ao aumento da meta foi principalmente que algumas mulheres por questões culturais relatavam não necessitar fazer o exame do preventivo, primeiro que, a patologia não apresenta sinais e sintomas no início, negavam queixas, segundo porque se tinham mais de 10 anos que haviam feito exame e não tiveram nada até hoje, não entendiam qual a finalidade de fazê-lo. Mesmo após ações educativas, um número grande de mulheres ainda eram resistentes quanto à realização do exame.

Meta 2: Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade para 70%.

Indicador 2: Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama.

Para o controle do Câncer de mama, foram no primeiro mês 16 (5,8%), no segundo 63 (22,9%), no terceiro 129 (46,9%) e no quarto mês 246 (89,5%), alcançando assim a meta estipulada. (Figura 2).

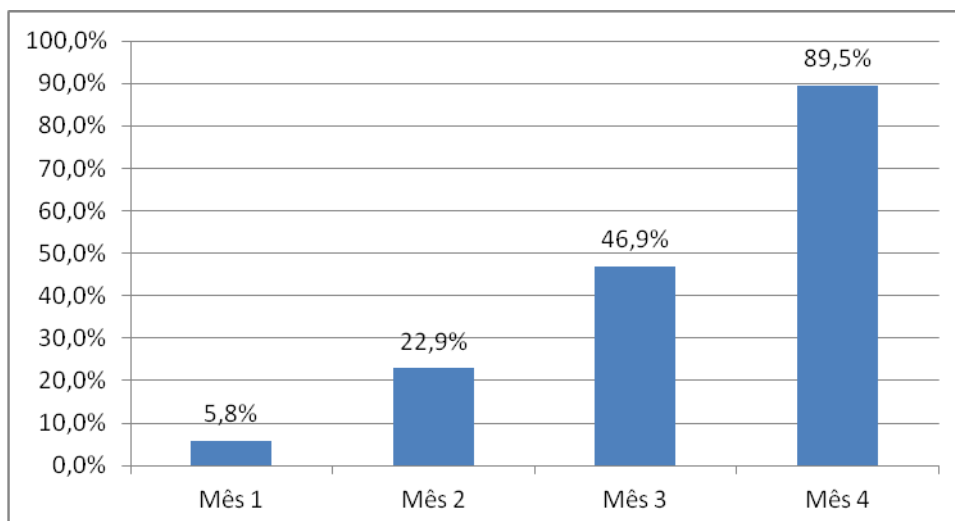


Figura 2. Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de mama. ESF Sede I, Quixabeira, BA. 2014

Fonte: Planilha coleta de dados

O aumento da cobertura para a prevenção aos cânceres de colo de útero e de mama se deu pelo aumento da oferta dos exames do citopatológico do colo de útero sendo realizados antes uma vez por semana e após a intervenção duas vezes na por semana, e houve uma procura, e conseqüentemente aumento nas marcações de exames de mamografia. Percebeu-se uma melhor adesão a realização dos dois exames pelas mulheres após a realização das atividades educativas feitas na unidade e na comunidade, e divulgação da importância do preventivo e da mamografia para a prevenção dos cânceres.

Também podemos observar que houve uma atenção maior e prioritária a este público durante os quatro meses da intervenção, acolhimento às mulheres desta faixa etária desde a visita domiciliar dos ACS, a sala de espera, recepção, triagem pelos técnicos de enfermagem e consulta dos diversos profissionais para investigação da realização dos últimos exames, busca ativa das mulheres que não haviam sido cadastradas nas fichas espelhos, e através da qualificação da prática clínica, com a capacitação para os profissionais da UBS e pelas ações realizadas no engajamento público junto à comunidade.

Objetivo 2: Melhorar a adesão das mulheres à realização de exame citopatológico de colo uterino e mamografia;



Meta 3: Buscar 100% das mulheres que tiveram exame de papanicolau alterado e que não retornaram a unidade de saúde.

Indicador 3: Proporção de Mulheres com citopatológico alterado.

Durante a intervenção houveram resultados dos preventivos alterados, sendo que no primeiro mês tiveram 2 (2,8%), no segundo 4 (4,4%), no terceiro 4 (2,3%) e no quarto mês 10 (1,6%). Esse dado só foi conseguido graças as ações dos ACS e enfermeira com busca ativa para preenchimento das fichas espelhos, revisão nos prontuários pelos profissionais e realização dos exames com aumento das demandas. (Figura 3).

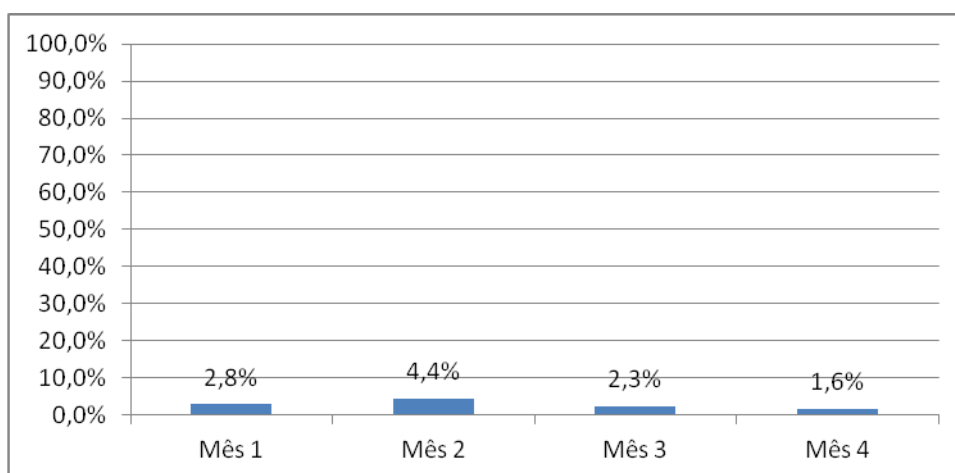


Figura 3. Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com citopatológico alterado.

ESF Sede I, Quixabeira, BA. 2014.

Fonte: Planilha coleta de dados

Dos 10 exames alterados, 5 tiveram lesão precursora com displasia leve (NIC I), 1 displasia de alto grau e 4 tiveram células de atipias de significados indeterminado possivelmente não-neoplásicas, das células escamosas. Todas as pacientes com os exames alterados foram encaminhadas para a consulta, realização de colposcopia e biopsia (se necessário) e avaliação com ginecologista. As cinco primeiras irão realizar avaliação, repetir preventivo e colposcopia a cada 6 meses ou 1 ano; a paciente a qual foi detectada displasia de alto grau, foi encaminhada para hospital de referência para câncer pela ginecologista do município, também sendo acompanhada pela equipe da ESF e especialista; as

quatro ultimas foram orientadas quanto a importância de repetir o exame com 6 meses ou 1 ano de acordo com a idade, sendo que foi necessário realizar colposcopia em duas delas.

Meta 4: Buscar 100% das mulheres que tiveram exame de mamografia alterada e que não retornaram a unidade de saúde.

Indicador 4: Proporção de Mulheres com mamografia alterada.

Com relação aos exames de mamografias alterados podemos perceber que no primeiro mês não tiveram alterações, já no segundo 3(4,8%) apresentaram alterações, no terceiro 3 (2,3%) e no quarto 5 (2%). (Figura 4).

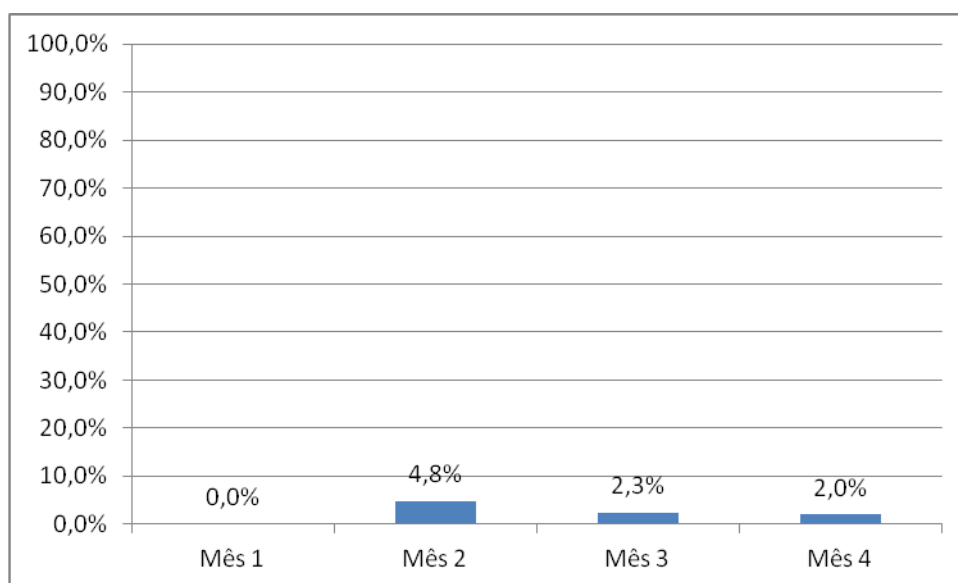


Figura 4. Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com mamografia alterada. ESF Sede I, Quixabeira, BA. 2014.

Fonte: Planilha coleta de dados

Das 5 mulheres que os resultados deram alterados, todas foram encaminhadas pela médica da unidade para a realização de consulta com especialista (mastologista), realizaram exames de Ultrassonografia das mamas, e acompanhamento em hospital de referência em outro município, assim como acompanhamento também pelos profissionais da ESF.

Meta 3: Buscar 100% das mulheres que tiveram exame de Papanicolau alterado e que não retornaram a unidade de saúde.

Indicador 3.1: Proporção de mulheres que tiveram exame alterado do citopatológico do colo do útero e que não retornaram à unidade de saúde.

Nos quatro meses de intervenção, no primeiro mês todas as mulheres cadastradas e que tiveram exames do preventivo alterados, não deixaram de retornar a unidade 0 (0%), no segundo e terceiro mês 02 (50%) não retornaram, e no quarto mês foram 2 (20%). (Figura 5).

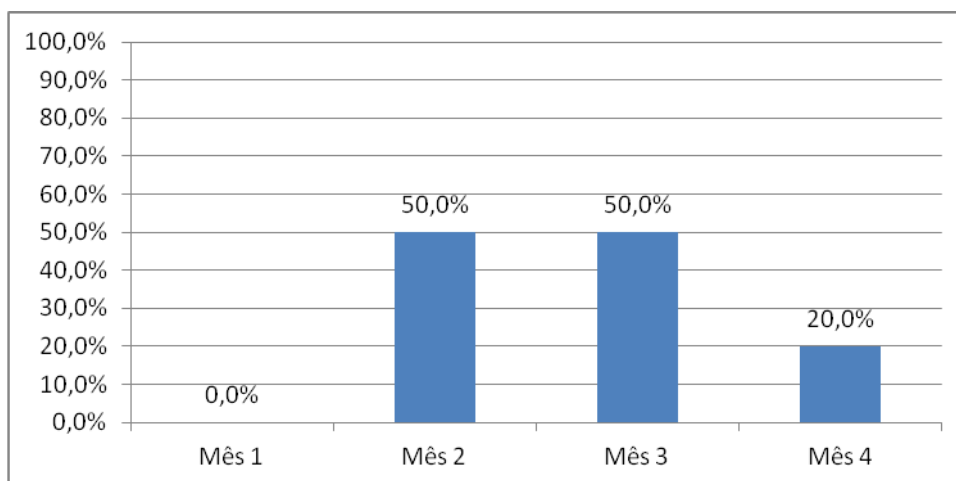


Figura 5. Proporção de mulheres que tiveram exame alterado do citopatológico do colo do útero e que não retornaram à unidade de saúde. ESF Sede I, Quixabeira, BA. 2014.

Fonte: Planilha coleta de dados

Com isso, foi realizada busca ativa pela enfermeira. Porém, o procedimento adotado pela secretaria de saúde e responsáveis pelo setor é que a partir do momento que recebe o resultado dos exames é feito uma triagem dos exames alterados e não alterados pela pessoa treinada, digitação no Programa de informação do Câncer de Colo de útero do (SISCOLO) e registro destes exames no livro de protocolo, assim os não alterados são entregues as pacientes que retornam para buscar os exames, já os alterados são encaminhados diretamente para consulta com ginecologista e os ACS ou enfermeira da unidade comunica a paciente

que ela irá realizar consulta com esta especialista, sem explicar o resultado do exame.

Meta 4: Buscar 100% das mulheres que tiveram exame de mamografia alterado e que não retornaram a unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de mulheres que tiveram exame da mamografia alterado e não retornaram à unidade de saúde.

Em se tratando das mamografias, ao longo dos quatro meses da intervenção nenhuma mulher que teve seu exame alterado deixou de retornar a unidade, sendo assim equivalendo a 0%. Acredita-se que isso aconteceu por que as pacientes não realizavam este tipo de exame no município, por isso ao realizar os exames, estas já recebiam-no e realizavam as consultas de enfermagem ou de médico para mostrar os resultados.

Objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero na unidade de saúde.

Meta 5: Obter 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo uterino.

Indicador 5: Proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico do colo do útero.

Durante os 4 meses de intervenção foram coletadas amostras satisfatórias para o exame do citopatológico no primeiro mês 71 (98,6%), no segundo 90 (100%), no terceiro 172 (100%) e no quarto mês 612 (100%) para o total de mulheres cadastradas a cada mês. Alcançou-se a meta acima do estipulado de 100%, com isso podemos afirmar que a medida que as mulheres eram cadastradas com exames em dias, o número destes com amostras satisfatórias também aumentava. (Figura 6).

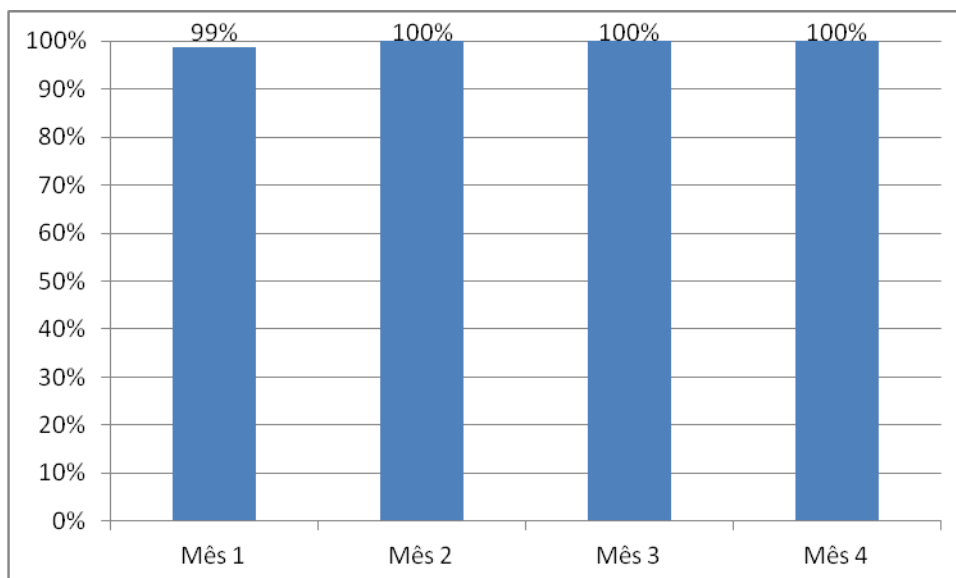


Figura 6. Proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico do colo do útero. ESF Sede I, Quixabeira, BA. 2014.

Fonte: Planilha coleta de dados

A meta proposta só foi alcançada por diversos fatores como a definição de um profissional responsável pelo monitoramento da adequabilidade das amostras de exames coletados; reuniões com os responsáveis da equipe da secretaria de saúde para o envio das amostras para análise em outro município em tempo oportuno, orientação sobre o armazenamento e segurança no transporte destas amostras; Capacitação da profissional da equipe responsável pela coleta dos Papanicolau através de estudos de materiais e artigos sobre o tema, e prática de alguns dias com a ginecologista do município; Interação e boa comunicação com a equipe da unidade.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 6: Manter registro da coleta de exame citopatológico de colo uterino em registro específico em 100% das mulheres cadastradas nos programas da unidade de saúde.

Indicador 7: Proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo do útero.

No decorrer da intervenção, os registros de todas as informações das coletas de citopatológicos de colo uterino eram anotados nas fichas espelhos padronizadas pela instituição de ensino para cada usuária. Com relação ao registro do Papanicolau, no primeiro mês foram atualizadas as fichas espelhos para 145 (100%), no segundo 211 (100%), terceiro 657 (100%) e quarto mês 740 (100%).

Meta 7: Manter o registro de mamografia em registro específico em 100% das mulheres cadastradas nos programas na unidade de saúde.

Indicador 7: Proporção de mulheres com registro adequado do exame de mamografia.

Em se tratando das mamografias, no primeiro mês foram 41 (100%), no segundo 73 (100%), no terceiro 225 (100%) e no quarto mês 275 (100%), conseguindo com isso alcançar a meta pactuada. Com o passar dos meses, aos poucos as fichas foram sendo atualizados.

Objetivo 5: Promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde.

Meta 8: Orientar 100% das mulheres cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de colo de útero.

Indicador 8: Proporção de mulheres orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero.

A meta foi alcançada no primeiro mês de intervenção, todas as mulheres cadastradas receberam orientações sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama nas consultas da unidade, na realização dos exames clínicos das mamas e do Papanicolau, nas atividades educativas dentro do espaço da unidade de saúde e na comunidade, através também dos folhetos explicativos sobre o tema, nas visitas domiciliares dos ACS e nas buscas ativas.

Foram orientadas as mulheres nas faixas etárias para a intervenção para DST e risco para câncer de colo, sendo no primeiro mês 145 (100%), no segundo 211 (100%), no terceiro 657 (100%) e no quarto 740 (100%).

Meta 8.1: Orientar 100% das mulheres cadastradas sobre fatores de risco para câncer de mama.

Indicador 8.1: Proporção de mulheres orientadas sobre os fatores de risco para câncer de mama.

Para as orientações sobre os fatores de risco para o câncer de mama para as mulheres de 50 a 69 anos, foram realizadas no primeiro mês 41 (100%), segundo 73 (100%), no terceiro 220 (100%) e no quarto 275 (100%).

Objetivo 6: Mapear as mulheres de risco para câncer de colo de útero e de mama.

Meta 9: Realizar avaliação de risco (ou pesquisar sinais de alerta para identificação de câncer de colo de útero) em 100% das mulheres nas faixas etárias-alvo.

Indicador 9: Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero.

Durante a intervenção o risco para o câncer de colo de útero foi avaliado através do preenchimento das fichas espelhos e entrevistas a cada mulher que comparecia a unidade para realizar o exame do preventivo, nas buscas ativas e nas visitas domiciliares dos ACS. Desde o primeiro mês alcançamos e ultrapassamos a meta estipulada, sendo que no primeiro mês foram avaliadas 145 mulheres (100%), no segundo 211 (100%), no terceiro 657 (100%), e no quarto mês 740 (100%).

Meta 9: Realizar avaliação de risco (ou pesquisar sinais de alerta para identificação de mama) em 100 % das mulheres nas faixas etárias-alvo.

Indicador 9.1: Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de mama.

Com relação a avaliação de risco para o câncer de mama, também foi utilizada as fichas espelhos que continham informações relevantes para identificar todas as mulheres com risco elevado ou não. Assim, como na avaliação do câncer de colo de útero, nesta também alcançamos a meta desde o primeiro mês, sendo que neste foram avaliadas 41 (100%), no segundo foram 73 (100%), no terceiro 225 (100%) e no quarto 275 (100%).

## **4.2 DISCUSSÕES**

Com a intervenção na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Sede I houve uma ampliação da cobertura na atenção a prevenção aos cânceres de colo de útero e de mama, sendo que estes dois já eram incorporados na unidade com a realização de exame do citopatológico do colo do útero como rotina e encaminhamento para mamografia que é feito fora do município.

A intervenção também proporcionou melhoria dos registros e a qualificação da atenção com ênfase na orientação às mulheres quanto à importância da realização dos exames de câncer de colo de útero e de mama, as DST's, e pesquisa de sinais de risco para estes dois cânceres.

Houve uma maior conscientização da população quanto à prevenção aos cânceres conseguindo quebrar muitos paradigmas e tabus em relação a estes cuidados, sendo bem aceito pelas mulheres na faixa etária, pois conseguimos alcançar metas previstas havendo um aumento da demanda para a realização dos exames de citopatológico na unidade e busca para mamografias fora do município, assim com nas ações educativas desenvolvidas ao longo da intervenção. Porém, houve muitas mulheres resistentes quanto a realização dos mesmos, vale ressaltar que várias usuárias que realizara o exame de preventivo há mais de 10 anos e mamografia há mais de 4 anos, e que mesmo assim ainda rejeitavam realizá-los novamente.

Para a equipe, a intervenção foi imprescindível para melhoria da atenção a saúde das mulheres de 25 a 69 anos da ESF Sede, havendo com isso um trabalho em equipe fortalecido, interação maior entre os profissionais, aumento do



conhecimento a cerca do assunto, pois todos tiveram capacitação sobre câncer de colo de útero e de mama, pois antes não possuíam conhecimento técnico suficiente de orientar a comunidade de forma correta para os sinais de alerta dos cânceres e quanto a importância dos exames.

A intervenção proporcionou a capacitação da equipe conforme os protocolos utilizados de atenção à prevenção aos cânceres de colo de útero e de mama. Porém, foi preciso realizar reuniões com todos os profissionais da equipe com a finalidade de interagir com estes para um trabalho multiprofissional, começando pelos ACS, para a captação das mulheres na faixa etária a realização do preventivo e exame clínico das mamas, assim como a mamografia; pelos recepcionistas e os outros profissionais da unidade para fazer o acolhimento e marcação dos exames de papanicolau na unidade e a central de regulação para marcação das mamografias para outros municípios que faziam aparte da pactuação.

Também com os técnicos de enfermagem, para a captação das mulheres nas triagens para as consultas no geral e principalmente nas mulheres marcadas para a ginecologista; com a médica da unidade e ginecologista do município que também ajudavam na hora da consulta a mostrar a importância da realização dos exames para a prevenção dos cânceres; e do odontólogo e ASB, colaborando na divulgação da intervenção para as mulheres no momento das consultas odontológicas.

Para o serviço a intervenção teve impacto direto no aumento da cobertura dos exames de papanicolau e nas marcações dos exames de mamografia, melhorando a qualidade do cuidado às mulheres de 25 a 69 anos.

Com relação a comunidade, podemos dizer que as ações realizadas durante a intervenção proporcionou as mulheres acesso mais facilmente aos exames, e conhecimento a cerca da prevenção ao câncer do colo de útero e de mama, assim como desenvolvimento dessas patologias, sinais e sintomas e importância da realização dos exames, e prevenção das DST's. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos mulheres que necessitam realizar o exames necessários para a prevenção dos cânceres.

Na intervenção alguns indicadores poderiam ter sido alcançados se a equipe tivesse se articulado melhor e realizado ações multidisciplinares, porém alguns profissionais da unidade não contribuíram para melhoria da intervenção.

Contudo, infelizmente não poderei dar continuidade a essa intervenção incorporando-a na rotina da unidade porque não farei mais parte do quadro de funcionários do município, poderei assim levar a metodologia da intervenção para realizar no próximo local que trabalharei. Vale lembrar que deixei modelos das fichas espelhos com os ACS para passar para a enfermeira que irá me substituir, e solicitei que estes falasse sobre a intervenção desempenhada nos últimos 4 meses para que a profissional tente incorporar na unidade.

#### 4.3 RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO PARA OS GESTORES

Prezado Secretária de saúde este projeto de intervenção se intitula “Melhoria das ações de detecção precoce dos cânceres de colo de útero e de mama na ESF Sede I em Quixabeira/Ba”, com o público alvo as mulheres de 25 a 69 anos, equivalendo a 740 mulheres de 25 a 64 anos, e 275 de 50 a 69 anos. Foi alcançado uma cobertura de 82,7% para a prevenção ao câncer do colo de útero, e 89,5% para o câncer de mama.

Durante a intervenção, apenas uma ação não foi desenvolvida por completo, mas o projeto foi bem aceito pelas mulheres na faixa etária. Foi perceptível o aumento na procura para realização do exame do papanicolau na unidade e marcação de mamografia na central de regulação do município. Durante as palestras, salas de espera, consultas, e realização dos exames houveram momentos de descontração, de trocas de experiências e aprendizagem foi quando elas tiveram a oportunidade de falar suas dúvidas, tabus e se sentiram bastante valorizadas. Os profissionais da equipe elogiaram bastante a intervenção, principalmente os ACS, os quais contribuíram bastante no processo, assim como nas orientações dadas sobre a prevenção aos cânceres de colo de útero e de mama.

Tiveram algumas dificuldades para com o preenchimento das fichas espelhos por parte dos ACS e das recepcionistas da unidade, mesmo com a realização de capacitação. Também tive dificuldade com a questão da mudança do profissional médico quanto a rotatividade deste, e do odontólogo, pois o mesmo não contribuiu para o desenvolvimento das ações, mesmo após diálogos para sensibilizá-lo da

importância da intervenção, tanto para a população em foco como para a melhoria da qualidade da atenção e para dar visibilidade da UBS.

A busca por parcerias na comunidade foi feita, porém foi perceptível que existem poucas lideranças comunitárias atuantes, e as pessoas ainda não têm o hábito de atividades em grupo, não dando a devida importância à promoção em saúde, pois preocupam-se apenas com as atividades curativistas.

Com relação a coleta de dados tive algumas dificuldades, devido a quantidade significativa de mulheres para a prevenção aos cânceres de colo de útero e de mama, assim a revisão dos prontuários clínicos, preenchimento das fichas espelhos e as buscas ativas demandou bastante tempo. A digitação dos dados também foi trabalhosa, pois no ambiente de trabalho não se conseguia realizar as atividades da intervenção.

O desenvolvimento da intervenção foi muito gratificante, pois a maioria dos indicadores foi atingido, o que proporcionou uma melhor qualidade na atenção as mulheres na prevenção ao câncer de colo de útero e de mama. As atividades específicas para este público já existiam na unidade como a realização de palestra, sala de espera antes dos atendimentos de rotina principalmente no dia do preventivo, distribuição de panfletos, mas foi bastante desafiador, por que muitas mulheres haviam feito exames de papanicolau e mamografia há mais ou menos 10 ou 53 anos respectivamente.

A intervenção realizada foi de boa qualidade, por que foi um momento em que se teve a oportunidade de realizar um trabalho que proporcionou muitas aprendizagens, tanto para a autora quanto para os profissionais como também para as usuárias. Com as ações realizadas na intervenção as mulheres se sentiram mais valorizadas, pois foi dada prioridade, fortalecendo o vínculo com estas e aumentando a ofertas dos exames e uma maior atenção a capacitação dos profissionais para este tipo de intervenção.

Foi um momento de oportunidade de quebrar os “tabus”, já que as pessoas acreditavam que as mulheres achavam desnecessário realizar o rastreamento do câncer de colo de útero e de mama, e o realizavam em um espaço de tempo maior que o preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), após a intervenção as mesmas se conscientizaram sobre a importância dos exames.

#### 4.4 RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO PARA A COMUNIDADE

A intervenção teve duração de 4 meses na USF Sede I do município de Quixabeira/Ba, tendo início em 20 de setembro de 2013 com término 23 de janeiro de 2014, esta teve o objetivo primeiramente de melhorar a qualidade da atenção na saúde da mulher com a prevenção do câncer do colo de útero e de mama, por isso as ações foram voltadas para o treinamento permanente, com a curso de atualização de todos os profissionais da unidade, proporcionando um maior conhecimento a cerca do tema e um atendimento qualificado para as usuárias na faixa etária do projeto, sendo realizadas a maioria dessas ações no primeiro mês. Esses treinamentos envolviam desde conhecimento sobre os cânceres de mama e de colo de útero, DST's, importância do uso do preservativo, acolhimento por todos os profissionais as mulheres e preenchimento das fichas espelhos.

Também foi feita organização da agenda para a realização do preventivo e exame clínico das mamas, ficando acordado uma vez na semana nos dois turnos. Realizado educação em saúde para as mulheres que compareciam para realizar os exames do preventivo e o clínico das mamas, assim como para os pacientes que iriam realizar consulta de rotina com a ginecologista, médico, enfermeira e odontólogo da unidade de saúde. Feito também divulgação da intervenção na rádio local do município convidando as mulheres na faixa etária para realizar os exames para a prevenção aos cânceres de colo de útero e de mama. Realizado por quase todos os profissionais da unidade cadastro das mulheres nas fichas espelhos e após, digitação dos dados pela enfermeira na planilha de coleta de dados eletrônica.

Foi realizado a continuação da organização da agenda para o atendimento, nos treinamentos para a equipe, de acordo com a necessidade de cada profissional, e nas atividades educativas com as mulheres sendo realizadas salas de esperas, distribuição de camisinhas e folhetos informativos, palestra na unidade, grupo de mulheres. Feitos os cadastros das mulheres nas fichas espelhos e na planilha de coleta de dados para o projeto de intervenção. Houveram dificuldades quanto a participação das lideranças comunitárias nas reuniões solicitadas, pois poucas apareceram.

Percebeu-se um aumento no cadastro das mulheres e devido as buscas ativas o número de mulheres que realizaram exames do preventivo e mamografia aumentou, e a procura por estes também.

Devido a intervenção, durante os quatros meses na Unidade de Saúde da Família (USF) da Sede I, aumentou-se a cobertura da prevenção aos cânceres de colo de útero e de mama, com o aumento das do número de vagas para realizar os exames de Papanicolau e marcação das mamografias. É importante salientar que após as ações da intervenção muitas mulheres que tinham feito estes exames há mais ou menos 5 anos, compareceram a unidade para realizá-los. Com isso, aumentou-se a proporção da avaliação de risco para saúde da mulher. A maioria das metas propostas no projeto foram alcançadas graças ao engajamento da equipe, das mulheres e a gestão.

A intervenção foi de grande significado para a equipe, para as mulheres e para a autora como profissional, pois foram momentos de muitas aprendizagens. Diante a grande repercussão positiva do projeto, a autora deixa para a equipe, em reunião, que este seja incluído na rotina da USF, melhorando a qualidade da assistência das mulheres na prevenção aos cânceres de mama e de colo de útero.

## **5 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO DE APRENDIZAGEM**

Inicialmente escolhi realizar o curso com o intuito de adquirir o título de especialista, e posteriormente para proporcionar crescimento profissional, já que atuo há mais ou menos 3 anos em Estratégia de Saúde da Família (ESF) necessitando de mais conhecimento e capacitação da área de atenção básica visto que este é imprescindível para a assistência ao paciente e melhoria na qualidade dos serviços de saúde.

As expectativas foram superadas com relação ao curso a distância, pois no início havia muitas dúvidas e preconceitos por ser na modalidade EAD, sendo o primeiro curso de pós-graduação deste modelo de educação. Este mostrou que mesmo sendo EAD, trás para bem perto do aluno as vivências cotidianas, focando assunto e temas que são condizentes com fatos reais que acontecem nas nossas USF.

Com relação a metodologia utilizada foi de fácil compreensão, adequada e confesso que bastante rígida e que demandava bastante tempo para realizar as atividades, o que dificultou muito no final do curso com muitas atividades para cada semana, já que o trabalho diário na UBS com a grande demanda de trabalho havia pouco tempo para realização das mesmas. Não tive dificuldades quanto ao uso da informática, apenas quanto a internet que sempre ficava um a dois sem acesso, e que muitas vezes atrasava as tarefas do curso, assim como no ambiente de trabalho não conseguia utilizar a internet e nem os computadores da secretaria de saúde, porém tive apoio e compreensão por parte da orientadora.

O curso proporcionou conhecimento diferente acerca da especialidade, pois o mesmo trabalhou com tema do cotidiano, com assuntos reais e com discussões importantes e imprescindíveis sobre os assuntos abordados. Aprendeu-se a planejar as ações que seriam realizadas ao longo das semanas, e utilização dos registros da unidade adequadamente o que antes era feito, mas sem muita ênfase. Acredito que o olhar dos outros profissionais em relação ao assunto do projeto de intervenção mudou, e após esta estes irão discorrer e saber informar mais a população a respeito deste melhorando a qualidade do cuidado à saúde da população.

O curso de especialização possibilitou a troca de informações entre a equipe multiprofissional, cada um contribuindo com o seu saber. A interação com os profissionais das outras áreas foi e é muito importante para proporcionar a integralidade do cuidado, pois cada um contribuiu um pouco para a melhoria da saúde das mulheres de 25 a 69 anos na prevenção ao câncer de colo de útero e de mama.

O engajamento público proporcionou aumento na interação e vínculo com a comunidade criando um espaço de aprendizagem mútua entre os usuários e os profissionais, sendo que os primeiros ficaram mais informados sobre os cânceres de colo de útero e de mama, seus sinais e sintomas e prevenção, e os profissionais adquiriram subsídios suficientes para melhorar a atenção a saúde da mulher no município mostrando que não se faz saúde sem a participação comunitária. Ao mesmo tempo, conseguiu-se entender os anseios e as dificuldades diárias das mulheres na faixa etária da intervenção que realizavam ou não os exames de prevenção aos cânceres abordados.

A participação da comunidade foi importante também para o crescimento profissional, pois percebeu-se, de forma grandiosa, a importância do acolhimento e da escuta qualificada no dia a dia na UBS, pois através deste conseguiu-se adquirir a confiança das mulheres, melhorando o processo de trabalho.

Foi importante para oportunizar a capacitação também das equipes, especialmente os ACS, quanto ao encaminhamento e acolhimento de todas as mulheres para a atenção a saúde da mulher com prevenção dos cânceres de colo de útero e de mama. O apoio dos ACS e de toda a equipe será de fundamental importância para a continuidade deste programa na rotina da UBS, após a saída da autora desta.

Com o apoio da equipe, gestão e participação da comunidade, muitas melhorias na saúde da mulher tendem a acontecer, assim pode-se perceber que os profissionais de saúde bem capacitados e com responsabilidade para a população podem contribuir de forma gratificante para melhoria na saúde desta em geral.

## REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acessado em: 03/01/2014.  
Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=292593>.

Nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos cervicais (NBLCC). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação-Geral de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 3. ed. – Rio de Janeiro:Inca, 2012.



## ANEXOS

### ANEXO A- DOCUMENTO DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

## ANEXO B- Planilha de coleta de dados

[illegible]

## ANEXO C- ficha espelho

[illegible]



FICHA ESPELHO

[illegible]

## **APÊNDICES**

### **APÊNDICE B - FOTO DA CAPACITAÇÃO COM OS PROFISSIONAIS DA UNIDADE**



## APENDICE C - FOTO DA SALA DE ESPERA NA UNIDADE





## APENDICE D - FOTOS DA ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE



**APENDICE E - FOTO DO OUTUBRO ROSA NO POVOADO DE VÁRZEA DO CANTO (EXTENSÃO DA ESF SEDE)**





**APÊNDICE F - FOTO DO OUTUBRO ROSA NA ESF SEDE**